UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE TG-MUREŞ
FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ

Prof. dr. AUREL NIREŞTEAN

CURS DE PSIHIATRIE

pentru uzul studenţilor Facultăţii de Medicină Generală

- 2014 -

CUPRINS

NORMALITATE ŞI ANORMALITATE PSIHICĂ. EPISOD, BOALĂ, DEFECT ŞI TEREN ÎN PSIHOPATOLOGIE. REȚEAUA DE SUPORT SOCIAL **3**

PERSONALITATEA ŞI TULBURĂRILE DE PERSONALITATE **8**

SEMIOLOGIA FUNCȚIILOR PSIHICE DE CUNOAŞTERE **19**

SEMIOLOGIA FUNCȚIILOR PSIHICE DINAMIZATOARE **67**

SEMIOLOGIA FUNCȚIILOR PSIHICE EFECTORII **79**

SINDROAMELE PSIHOPATOLOGICE **88**

REACŢIILE PSIHOPATOLOGICE ŞI TULBURĂRILE NEVROTICE **109**

PSIHOZELE SCHIZOFRENICE ŞI PSIHOZELE CRONICE DELIRANTE SAU TULBURĂRILE DELIRANTE PERSISTENTE **125**

PSIHOZELE AFECTIVE PERIODICE **140**

ALCOOLISMUL **148**

RETARDĂRILE MINTALE SAU OLIGOFRENIILE ŞI DEMENȚELE **159**

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE, ÎN ARTERIOSCLEROZA CEREBRALĂ ŞI ÎN BOALA HIPERTENSIVĂ **172**

URGENŢELE PSIHIATRICE **185**

TERAPIILE PSIHIATRICE **193**

NORMALITATE ȘI ANORMALITATE PSIHICĂ. EPISOD, BOALĂ, DEFECT ȘI TEREN ÎN PSIHOPATOLOGIE. REȚEAUA DE SUPORT SOCIAL

Obiectul de studiu al psihiatriei este deci **PERSOANA UMANĂ** şi **PSIHISMUL** acesteia, privite prin prisma raporturilor dintre ***normalitate şi anormalitate*** în dinamica şi varietatea ***ciclurilor*** şi a ***rolurilor vieţii*.**

Psihiatria are şi alte particularităţi care o aşează în rândul ştiinţelor antropologice deşi apelează la un ***model medical de abordare a anormalităţii şi a bolii*.** Astfel:

în determinismul tulburărilor psihice intervin întotdeauna *asocieri de factori,* **un rol mereu semnificativ avându-l cei extrapersonali, de natură familială sau socială;**

diagnosticul tulburărilor psihice apelează la modalităţi specifice anamnestice, clinice şi psihometrice, care confirmă aserţiunea conform căreia *nu există boli ci doar bolnavi*;

spiritul şi activitatea în echipă **sunt obligatorii în abordarea individualizată a cazuisticii;**

calităţile relaţiei dintre membrii echipei şi pacient **condiţionează în mod decisiv evoluţia tulburărilor psihice şi răspunsul terapeutic.**

diversitatea mijloacelor terapeutice **şi uneori incisivitatea lor se raportează şi la insuficienta cunoaştere a factorilor etiologici sau la modalităţile atipice de debut şi evoluţie a tulburărilor psihice;**

terapia pacientului psihiatric este mereu urmată de un *proces etapizat de reabilitare* **a acestuia care se desfăşoară în afara spitalului psihiatric şi antrenează pe lângă membrii echipei terapeutice, persoane din reţeaua de suport a pacientului, asociaţii şi instituţii medicale şi de asistenţă comunitară;**

***tulburările psihopatologice afectează persoana umană în ansamblul trăsăturilor şi rolurilor sale,* descifrarea lor impunând cunoaşterea conceptelor de normalitate şi anormalitate, respectiv de sănătate şi de boală.**

Conceptul de **NORMALITATE** include trei tipuri de norme definitorii:

- **norma statistică sau norma frecvenţei maxime**, conform căreia o manifestare psiho-comportamentală este considerată normală cu cât este mai frecventă, deci mai apropiată de media statistică;

norma valorică sau ideală **care cuantifică normalitatea în raport cu gradul de apropiere sau asemănare cu un "tip standard" sau "ideal" ce include şi armonizează şi valorile morale individuale şi pe cele comunitare; această normă este condiţionată de contextul social, istoric, geografic şi cultural;**

norma funcţională sau responsivă **conform căreia normalitatea se defineşte prin măsura în care sunt îndeplinite obligaţiile şi rolurile individuale de către o persoană privită ca parte integrantă a unei comunităţi sociale.**

Normalitatea devine astfel un concept dinamic, iar ***persoana normală este aceea care corespunde într-o măsură cât mai mare normei statistice şi celei ideale şi funcţionează în rolurile sale în deplină armonie cu funcţionalitatea comunităţii.***

ANORMALITATEA înseamnă îndepărtarea de la normele descrise, în sens pozitiv sau negativ. În ambele variante domeniul anormalităţii este mult mai restrâns decât cel al normalităţii.

- anormalitatea pozitivă implică persoanele cu trăsături şi aptitudini deosebite, persoanele excepţionale şi geniile a căror participare şi contribuţie la viaţa comunitară înseamnă întotdeauna progres şi aport valoric pozitiv.

- anormalitatea negativă presupune îndepărtarea de la normele descrise în sens negativ şi include:

- persoanele ale căror trăsături structurale le dezavantajează – prin lipsa armoniei dintre ele sau prin nedezvoltarea intelectuală;
- boala psihică prin care sunt afectate multidimensional persoana şi viaţa psihică individuală;

BOALA ***reprezintă o stare de anormalitate în minus*** care, într-un anumit moment al vieţii persoanei:

- are un substrat şi cauze specifice, anumite caracteristici clinico-evolutive şi de răspuns terapeutic;

perturbă funcţionarea individuală în plan biologic-corporal şi psihic-conştient.

BOALA PSIHICĂ *este un proces care determină:*

- un deficit şi o dezorganizare evidente şi persistente ale psihismului şi persoanei conştiente, afectarea echilibrului personal în plan biologic, psihologic şi social;

reorganizarea vieţii psihice la un nivel inferior cu apariţia unor manifestări care aparţin anormalităţii;

perturbarea capacităţilor de autoadministrare, de comunicare şi a randamentului individual;

pierderea sentimentului de libertate interioară şi afectarea prezenţei în lume **a persoanei care generează sentimentele înstrăinării numită ALIENARE (alienus = străin, lat.);**

etiologic se asociază mereu factori organici, psihologici şi sociali;

tabloul clinic şi evoluţia sunt influenţate de vârstă, experienţa de viaţă, factorii culturali şi perioada istorică.

În descrierea unei boli psihice trebuie abordate noţiunile de *teren, episod psihopatologic, stare defectuală şi model evolutiv.*

TERENUL **include:**

- *trăsăturile personalităţii individuale* cu atributele sale intelectuale, educativ-culturale şi statutul social;
- *reţeaua de suport social;*

- *potenţialul psihopatogen individual* legat de *factorii genetici* şi de *experienţa de viaţă personală,* incluzând-o pe aceea din perioada personogenezei sau din fazele premergătoare instalării unui episod psihopatologic.

Terenul în patologia psihiatrică are o dinamică:

- influenţată alternativ sau simultan de factori biologici, psihologici şi socio-culturali;
- suprapusă etapelor ontogenezei persoanei umane care este conştientă de:
  - necesitatea cultivării unor raporturi armonioase şi continue cu mediul social;
  - intervenţia potenţială a unor evenimente de viaţă cu potenţial psihopatogen;
- prin evaluarea căreia pot fi descrise două variante de vulnerabilitate individuală pentru tulburări psihopatologice şi anume o *vulnerabilitate de fond şi una conjuncturală*.

Vulnerabilitatea de fond este condiţionată de:

- factori genetici şi familiali;
- influenţele biologice pre-, intra- şi postnatale;
- oscilaţiile ritmurilor biologice şi psihologice individuale;
- prezenţa unei constituţii biologice sau psihologice predispozante.

Vulnerabilitatea conjuncturală:

- se manifestă în cadrul interrelaţiilor dintre persoană şi mediul ambiant, cu deosebire la vârsta adultă, care corespunde unei maxime implicări în rolurile sociale şi profesionale;
- se accentuează şi poate determina un episod psihopatologic atunci când:
  - apare un deficit structural sau de funcţionare al reţelei de suport social;
  - în situaţiile în care se intensifică factorii de stres psihosocial precum: conflicte, frustrări, evenimente negative sau schimbări majore ale vieţii familiale, habitatului, profesiei sau ale ritmurilor săptămânale de odihnă şi relaxare, ale tradiţiilor culturale şi religioase.

EPISODUL PSIHOPATOLOGIC**:**

- cuprinde manifestări care exprimă perturbarea psihismului;
- **este favorizat şi declanşat de factori particulari;**

are un tablou clinic specific în cadrul căruia se asociază, în diverse variante sindroame psihopatologice formate din simptome şi semne psihopatologice şi corporale specifice;
tinde să evolueze spre o remisiune cu sau fără defect caracteristic;
poate fi unic sau multiplu în viaţa unei persoane;
uneori nu ajunge să beneficieze de tratament şi internare.

STAREA DEFECTUALĂ:

- *reprezintă o stare de anormalitate în minus, adinamică, cu expresie clinică relativ constantă care apare întotdeauna secundar unui episod psihopatologic unic sau recurent;*

se caracterizează printr-o deficienţă a funcţionalităţii psihice şi corporale şi scăderea capacităţilor de autoîngrijire, de comunicare şi adaptare armonioasă la mediul social;
uneori coincide cu trăsăturile unei personalităţi deficitar sau dizarmonic structurate.

MODELUL EVOLUTIV **pentru o boală psihică suferă mereu abateri de la o variantă standard datorită intervenţiei factorilor extrapersonali.**

- **sunt descrise:**
  - ***episoade psihopatologice unice sau recurente* fără defect postepisodic;**
  - ***episoade psihopatologice recurente* cu defect clinic constant şi defect social progresiv după fiecare dintre ele;**
  - ***episoade psihopatologice recurente* cu defect clinic şi social agravat progresiv după fiecare dintre ele;**
  - ***episoade psihopatologice recurente* cu defect clinic şi social persistent instalat rapid şi progresiv după primul episod.**

BOALA PSIHICĂ TIPICĂ **presupune:**

încărcătură genetică specifică;
trăsături de personalitate de acelaşi tip cu manifestările psihopatologice evidenţiate în timpul episoadelor;
episoade cu determinism şi aspect clinic asemănător;
defect postepisodic de aspect asemănător episoadelor;
model evolutiv caracteristic în cadrul căruia – episodul unic are o durată mai mare de 6 luni de zile sau episoadele se repetă într-un interval de 2 până la 5 ani;
program profilactic şi terapeutic-reabilitativ specific.

Definirea noţiunilor de mai sus pledează pentru faptul că psihiatria actuală adoptă un model medical de gândire şi de acţiune. Privită ca o ştiinţă de largă deschidere antropologică, psihiatria are două componente care vin una în întâmpinarea celeilalte:

- **partea teoretică sau psihopatologia,** care studiază:
  - *normalitatea şi anormalitatea psihică;*
  - *etiopatogenia, tabloul clinico-evolutiv* al tulburărilor psihice şi problematica diagnosticului;
  - *încadrarea nosologică* a tulburărilor psihice printr-un apel elaborat la:
    - doctrinele psihopatologice;
    - modalităţile specifice de evaluare psihometrică.

partea practică, **în cadrul căreia sunt abordate:**

- *terapia, reabilitarea şi profilaxia* tulburărilor psihice;
- *organizarea* instituţiilor şi reţelei de asistenţă psihiatrică;
- *raporturile* dintre sistemul psihiatric şi sistemul medical general.

REŢEAUA DE SUPORT SOCIAL

- ***reprezintă un set de interrelaţii în cadrul unui grup definit de persoane, analizabile din perspectiva existenţei uneia dintre ele = persoana centrală a grupului;***
- *este o structură dinamică* dependentă cantitativ şi calitativ de:
  - caracteristicile psiho-comportamentale ale persoanelor care o compun;

↳ ciclurile vieţii, statutul social şi profesional, tradiţiile culturale şi normele morale comunitare.

- *are în componenţa ei trei verigi:*

↳ ***primară:*** 20-40 de persoane cu care există relaţii constante în cadrul ciclurilor şi rolurilor vieţii;

↳ ***secundară:*** persoanele care în mod intermitent, conjunctural, întreţin raporturi de reciprocitate;

↳ ***terţiară:*** persoanele care reprezintă autorităţi publice, administrative, juridice sau politice şi interferează ocazional existenţa individuală.

- *are un dublu rol:*

↳ protector faţă de factorii stresanţi;

↳ suportiv şi stimulativ – material, afectiv şi moral.

- *este eficientă* atunci când:

↳ persoana centrală este armonios structurată şi funcţionează corespunzător în rolurile vieţii;

↳ există o comunitate de interese între membrii;

↳ tipul şi frecvenţa legăturilor sunt adaptate rolurilor individuale.

- *este deficitară cantitativ sau calitativ* în diverse episoade şi boli psihice sau devine deficitară secundar evoluţiei psihozelor procesuale cronicizate.

PERSONALITATEA ŞI TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Personalitatea umană şi problematica aferentă ei constituie un subiect de importanţă majoră în psihologie şi în psihiatrie prin faptul că reprezintă:

- *principalul model dinamic al fiinţei umane conştiente*
- *componenta fundamentală a terenului pe care apar şi evoluează tulburările psihopatologice.*

PERSONALITATEA *reprezintă un* ***sistem hipercomplex, subordonat mediului social şi cultural, alcătuit din totalitatea trăsăturilor de temperament, caracter, intelect şi volitiv-energetice individuale.***

Trăsăturile personalităţii:

- se exteriorizează într-un comportament specific şi interacţional precum şi prin răspunsuri specifice individuale faţă de evenimentele sau schimbările de viaţă stresante;
- au o dinamică dominată de trei atribute:
  - *totalitatea* – conform căreia orice fapt psihic se desfăşoară raportat la ansamblul trăsăturilor personalităţii sau la fiecare dintre ele luată separat;
  - *transformarea* – care presupune o dezvoltare continuă a trăsăturilor personalităţii, cu înglobarea nivelelor inferioare în cele imediat superioare în mod progresiv sau în salturi legate de etapele de vârstă şi de intervenţia unor factori de mediu;
  - *reglajul:*
    - care corespunde codeterminismului permanent cu mediul extern;
    - este suportul autoconstruirii şi autoperfecţionării conştiente a personalităţii.
- sunt flexibile, pot fi modelate şi ca urmare permit funcţionarea în roluri şi adaptarea individului la viaţa socială.

Temperamentul:

- ***componenta constituţională, moştenită a personalităţii;***
- include particularităţile înnăscute energetice, de reactivitate şi relaţionare socială, dispoziţia afectivă şi variaţiile ei;
- constituie baza morfofuncţională a aptitudinilor individuale.

Caracterul:

- ***componenta dobândită personalităţii;***
- este condiţionată de factorii sociali şi de perioada istorică, fiind rezultanta proceselor de educaţie şi implicare a individului în viaţa comunitară;
- include trăsături psihologice şi morale personale care se manifestă prin atitudinea faţă de sine şi faţă de lume a individului;

- are un rol determinant în coordonarea conştientă şi responsabilă a comportamentului şi în adaptarea la situaţiile stresante.

Intelectul:

- ***capacitatea individuală de achiziţionare şi prelucrare a informaţiilor;***
- dependentă de:
  - integritatea morfofuncţională a sistemului nervos central;
  - durata şi calitatea educaţiei.
- permite:
  - autoevaluarea şi autoînţelegerea;
  - evaluarea şi înţelegerea raporturilor cu mediul ambiant.

Voinţa:

- ***funcţia psihică prin intermediul căreia se realizează mobilizarea resurselor personale şi exprimarea în comportament a conţinutului psihismului;***
- reprezintă suportul dinamico-energetic al psihismului individual, fiind:
  - indisolubil legată de ***motivaţie;***
  - condiţionată ***afectiv*** şi ***cognitiv***.

PERSONOGENEZA:

- este iniţial dependentă de calitatea structurării sistemului nervos central şi de aceea a trăsăturilor condiţionate genetic;

- treptat prin imitaţie, identificare şi introjecţie – imitarea inconştientă a unor modele comportamentale, începe şi avansează procesul socializării;

- se structurează treptat un EU coerent şi unitar format dintr-o zonă intimă şi una publică;

- se dezvoltă în paralel – după vârsta de trei ani – ***conştiinţa de sine*** prin intermediul perceperii propriei identităţi, urmată de identificarea cu ceilalţi şi de renunţarea la această identificare;

- în copilărie, pubertate şi adolescenţă are loc deplasarea interesului de la percepţia corporală spre dobândirea unor note caracteristice şi a unui statut în cadrul grupului social, pe fondul transformărilor somatice şi endocrine;

- trecerea de la o etapă la alta se face discontinuu, utilizându-se achiziţiile precedente, ***structurarea personalităţii fiind considerată încheiată la adolescenţă*** odată cu definitivarea caracterului, dar ***maturitatea deplină este atinsă doar după alegerea şi pregătirea pentru profesie şi o funcţionare de câţiva ani în rolul profesional;*** se câştigă astfel o anumită doză de independenţă, de libertate în raport cu mediul care conturează autenticitatea şi unicitatea fiinţei umane.

PERSONALITATEA NORMALĂ, ARMONIOS STRUCTURATĂ:

- ***este o structură dinamică, integrată şi integrativă, cu o bună adaptabilitate la mediu, autonomă faţă de prejudecăţi şi constrângeri, asemănătoare cu cei din jur, ale cărei componente se articulează fericit cu:***
  - *statutul şi rolurile sociale;*

- *experienţa de viaţă personală;*
- *implicarea creatoare în viaţa socio-profesională.*

- îşi dobândeşte autenticitatea prin modul în care se reflectă în conştiinţa colectivităţii şi prin acela în care cei din jur apar în propria conştiinţă;

- devine cu adevărat liberă ca fiinţă spirituală atunci când trăieşte responsabil sentimentul apartenenţei la o colectivitate socială şi îşi asumă tradiţiile, reglementările şi valorile acesteia;

- nu poate fi definită şi înţeleasă decât în raport cu participarea ***conştiinţei*** *– proces psihic complex care asigură organizarea personalităţii într-o existenţă concomitentă ca obiect şi subiect*, astfel încât există o conştiinţă a personalităţii şi o personalitate conştientă de sine.

TULBURĂRILE PERSONALITĂŢII

PERSONALITĂŢILE PARTICULARE SAU ACCENTUATE sunt caracterizate prin:

- hiper- sau hipotrofierea unor trăsături structurale pe fondul unei dezvoltări intelectuale normale, trăsături care:

- ***sunt conştientizate de subiect;***
- ***întreţin dificultăţi adaptative cvasicontinue;***
- ***facilitează decompensări psihopatologice.***

Deficienţele minore structurale sunt de două tipuri:

- *globale:*
  - Eu imatur, slab, cu autopercepţie deficitară;
- *sectoriale:*
  - randament fizic sau psihic diminuat;
  - capacitate scăzută de control a stresului;
  - abilităţi diminuate de a stabili relaţii interpersonale;
  - scăderea capacităţilor de a se relaxa, a se bucura şi a înţelege;
  - toleranţă scăzută la frustrare;
  - dezechilibru între:
    - dorinţele şi pretenţiile personale;
    - autoexigenţa şi spiritul critic.

În funcţie de:

- trăsăturile temperamentale;
- dominanta motivaţională;
- modalităţile de reacţie şi de raportare la sine şi la lume – se descriu următoarele **tipuri de personalităţi particulare**:
  - ***extrapunitivul exploziv:***
    - acuzator necontrolat;
    - suspicios;
    - cu reacţii explozive.
  - ***suspiciosul expansiv:***
    - bănuitor;

- rigid;
- perseverent;
- cu potenţial agresiv.

- ***suspiciosul evitant:***
  - bănuitor;
  - nesociabil;
  - nesigur de sine;
  - dependent de cei din jur.
- ***indiferentul detaşat:***
  - decolorat afectiv;
  - anhedonic;
  - neimpresionabil;
  - cu preocupări abstracte, impersonale.
- ***hipersociabilul euforic:***
  - vesel;
  - comunicativ;
  - cu hiperactivism şi sociabilitate superficiale.
- ***pesimistul:***
  - sobru;
  - decent;
  - profund;
  - solitar;
  - eficient;
  - ataşat în roluri.
- ***instabilul afectiv*** – cu dispoziţie, sociabilitate, implicare şi eficienţă în roluri oscilante;
- ***hiperexpresivul:***
  - egofil;
  - inautaentic;
  - dependent de cei din jur, a căror compătimire sau admiraţie o caută.
- ***formalistul:***
  - ordonat;
  - perfecţionist;
  - implicat în roluri;
  - deficitar imaginativ;
  - scăzută capacitate de a se bucura;
  - supus reglementărilor sociale.
- ***astenicul ambiţios*** – cu deficit de funcţionare corporală, de mobilizare – mereu amânată şi de socializare, dar pretenţios şi dependent de aprecierile celor din jur;
- ***supusul:***

- fără opinii personale;
- lipsit de voinţă;
- slab motivat;
- dependent de sprijinul grupului social.

➥ ***adezivul perseverent:***

- rigid;
- meticulos;
- cu simţ practic;
- lipsit de spontaneitate;
- cu acumulări tensionale;
- potenţial agresiv.

➥ ***ambivalentul:***

- nehotărât;
- ruminativ;
- cu implicare superficială în roluri, oscilând între dorinţa de a fi dominat şi cea de independenţă.

PERSONALITĂŢILE DIZARMONICE SAU PSIHOPATICE = tulburări ale structurării personalităţii în sensul pierderii armoniei dintre trăsăturile individuale, cu predominanţa unora dintre ele;

- *includ modificări cantitative şi calitative ale funcţiilor afectiv-instinctuale, volitive şi morale care persistă toată viaţa* şi se exteriorizează prin ***comportamentul dizarmonic,*** adică prin incapacitatea periodică sau permanentă de adaptare la mediul social;

- rezultat al perturbării personogenezei care situează subiectul la jumătatea drumului dintre individual şi colectiv, dintre normalitate şi psihoză;

- ***deficitul structural***:

➥ se cristalizează în adolescenţă sau în tinereţe – în funcţie de durata procesului de educaţie instituţionalizată;

➥ este ***egosinton,*** deci nu este recunoscut ca atare de subiect;

➥ este rezistent la educaţie, sancţiuni şi terapie;

➥ situează subiectul pe poziţia unui veşnic nemulţumit faţă de atitudinea celor din jur şi faţă de rolul oferit după criteriile colective, de obicei reale şi obiective;

➥ poate fi mascat prin obiceiuri individuale sau de grup, printr-o conjunctură social-economică sau culturală compensatorie sau prin autocontrolul celor supradotaţi intelectual;

➥ reprezintă – aferent inadaptabilităţii cronice – o sursă de suferinţă pentru individ şi colectivitate;

➥ favorizează decompensări psihopatologice în perioadele critice ale vieţii sau la intervenţia unor influenţe psiho-sociale adesea minore sau inaparente;

➥ sunt diagnosticabile şi cu ajutorul anchetei sociale şi a testelor psihometrice;

↳ au fost delimitate şi descrise începând cu 1809 de psihiatrii clasici: PINEL, ESQUIROL, MOREL, PRITCHARD, KOCH, KRAEPELIN, KRETSCHMER, SCHNEIDER, LEONHARD, care au apelat şi la denumiri dintre care cele mai semnificative sunt: *manie fără delir, nebunia degeneraţilor şi demenţa morală*.

- ***datele epidemiologice*** apreciază:

↳ frecvenţă de 8-10% printre pacienţii psihici;

↳ o diferenţă nesemnificativă ca reprezentare a celor două sexe;

↳ dominanta cantitativă a celor proveniţi din mediile cu nivel social-economic scăzut;

↳ creşterea de 3-4 ori a prevalenţei dacă se iau în considerare şi complicaţiile toxicofilice şi medico-legale.

- ***au un determinism multifactorial*** aferent căruia sunt descrise două tipuri de personalităţi dizarmonice:

↳ ***tulburările de personalitate nucleare,*** condiţionate cu precădere de factori eredo-constituţionali, cu debut precoce şi tulburări manifeste de comportament intense şi permanente;

↳ ***tulburările de personalitate marginale,*** cu debut mai întârziat legat de factori psiho-sociogenetici şi cu manifestări comportamentale mai estompate.

- ***caracteristicile clinice*** generale sunt:

↳ egocentrismul;

↳ instabilitatea psiho-comportamentală cu ignorarea experienţelor anterioare şi toleranţa scăzută la frustrare;

↳ non-conformismul;

↳ impulsivitatea;

↳ lipsa sentimentului reciprocităţii şi a responsabilităţii – care este transferată asupra celorlalţi;

↳ model personal existenţial şi norme morale individuale care le ignoră pe cele comunitare;

↳ dificultăţi de adaptare în rolurile sociale şi profesionale, care adeseori se autoinvestesc;

↳ comportament non-empatic şi agasant pentru cei din jur, care împiedică relaţiile de prietenie şi iubire;

↳ în ansamblu nu îşi conştientizează defectul structural fiind deci ***egosintone***.

În funcţie de dominanta fenomenologică, personalităţile dizarmonice se divid în trei categorii:

- ***bizare, excentrice – Clusterul A,***
- ***dissociale – Clusterul B,***
- ***anxioase – Clusterul C.***

Prima categorie include:

- **Tulburarea de personalitate schizoidă,** caracterizată prin:
  - răceală şi detaşare afectivă;
  - anhedonie care asociază o imagine negativă asupra lumii exterioare;
  - tendinţe introspective şi preocupări meditativ-abstracte;
  - inactivism şi lipsă de simţ practic;
  - distanţă şi excentricitate în relaţiile sociale, cu onorarea laudelor dar şi a criticii;
  - capacităţi comunicative şi empatice reduse, exprimate printr-un comportament solitar;
  - indiferentism sexual.

- **Tulburarea de personalitate schizotipală –** întruneşte caracteristicile celei precedente la care se adaugă:
  - iluzii de schemă corporală şi senzaţii de depersonalizare;
  - reacţii afective inadecvate sau paradoxale, anxietate şi fobii sociale însoţite de senzaţii de derealizare;
  - gândire magică şi convingeri de factură parapsihologică;
  - idei de relaţie şi limbaj digresiv, metaforic, hiperelaborat.

- **Tulburarea de personalitate paranoică:**
  - orgoliu şi încredere în sine hipertrofiate;
  - exagerarea extremă a sentimentului adevărului propriu;
  - suspiciune nemotivată şi interpretări eronate ale atitudinii celor din jur;
  - deficit de modulare afectivă, de tandreţe, duioşie şi umor;
  - rigiditate şi intransigenţă în raporturile sociale, cu evitarea cvasipermanentă a intimităţii;
  - comportament anxiogen pentru cei din jur, dominat de ostilitatea latentă sau manifestă;
  - include două variante:
    - *stenică* sau activ dominatoare, caracterizată printr-un nivel de conflictualitate crescut;
    - *astenică* sau crispat-anxioasă care se poate orienta cu discreţie spre mişcări religioase, sectante sau filozofice.
  - trăsăturile devin intens manifeste după orice tip de episod maladiv.

A doua categorie include:

- **Tulburarea de personalitate antisocială:**
  - inadaptabilitate precoce – din perioada pubertăţii – la normele şi reglementările comunitare;
  - intoleranţă la frustrare cu iritabilitate şi agresivitate manifeste;
  - comportament dominator, disforic, neprietenos, impulsiv, imposibil de controlat – chiar în absenţa oricărei satisfacţii;

- nepăsare şi lipsa regretelor în raporturile sociale;
- tendinţe spre perversiuni sexuale;
- comportament toxicofilic frecvent.

- **Tulburarea de personalitate borderline:**
  - instabilitatea imaginii de sine, a autocontrolului, a dispoziţiei şi a capacităţilor relaţionale;
  - senzaţii de depersonalizare persistente;
  - raporturi sociale oscilante între intoleranţă şi dependenţă, cu tendinţă de manipulare a anturajului;
  - comportament impulsiv, disforic, cu atitudini automutilante sau autolitice recurente;
  - tulburări de identitate sexuală;
  - episoade depresive paranoice şi disociative repetate;
  - funcţionare grav afectată în rolurile socio-profesionale.
- **Tulburarea de personalitate narcisică:**
  - Eu hipertrofiat dar hipersensibil la critică şi ataşat aparenţelor;
  - fantezii bogate cu tematici megalomanice;
  - stil arogant, cu pretenţii exagerate;
  - lipsă de empatie şi tendinţă de exploatare şi manipulare a celorlalţi;
  - invidie manifestă în raporturile interpersonale;
  - asociază frecvent stări depresive şi simptome aparţinând altor caracteriopatii din această categorie.
- **Tulburarea de personalitate histerică sau pitiatică:**
  - egoism, egofilie şi hedonism manifeste;
  - comportament teatral, demonstrativ care invocă admiraţia sau sprijinul anturajului social;
  - imaturitate şi labilitate afectivă cu atitudini captativ-seducătoare care confirmă simultan deficitul stimei de sine şi desconsiderarea celor din jur;
  - superficialitate afectivă şi relaţională cu certă inabilitate în raporturile intime;
  - stil inautentic, intrigant, şantajist;
  - sugestibilitate exagerată confirmată în relaţiile interpersonale sau conjunctural;
  - comorbiditate depresivă şi cu tulburări de somatizare.

A treia categorie include:

- **Tulburarea de personalitate de tip anxios-evitant:**
  - autostimă scăzută şi sentimente de inferioritate persistente;
  - timiditate accentuată şi nesiguranţă tensionată în relaţiile sociale, pe care le evită copleşit de teama că va fi respins, dezaprobat sau criticat;
  - autocriticism şi simţ al ridicolului exagerate în aşteptarea aprobărilor şi garanţiilor de la cei din jur;

- stil atitudinal restrictiv, securizant pentru sine cu asocierea frecventă a neofobiei, agorafobiei şi fobiilor sociale;
- uneori elementul transcultural are un rol favorizant sau compensator major asupra manifestărilor psiho-comportamentale.

- **Tulburarea de personalitate de tip dependent:**
  - deficit al stimei de sine cu tendinţă la autodevalorizare şi subordonare faţă de cei din jur;
  - căutarea perpetuă a unui nou sprijin în jur care facilitează raporturi interpersonale conjuncturale;
  - indecizie atitudinală, lipsa de iniţiativă şi spontaneitate;
  - relaţii sociale sărace cu trăirea acutizată a sentimentului abandonului de către persoana securizantă;
  - tendinţă de promiscuitate, perversiuni sexuale, abuzul de droguri.
- **Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă:**
  - formalism, rigiditate, meticulozitate şi tendinţe perfecţioniste în atitudini şi roluri;
  - hiperconştiinciozitate, scrupulozitate şi devotament excesiv;
  - indecizie şi ineficienţă în sesizarea întregului, cu tendinţe ruminative persistente;
  - sentimente etico-morale exagerate, crize de conştiinţă şi comportament ironic-agresiv cu cei din jur pentru a-i subordona principiilor sale;
  - tendinţe la izolare socială, anxietate difuză, sentimente de depersonalizare şi derealizare;
  - comorbiditate depresivă şi anxioasă.
- **Tulburarea de personalitate de tip pasiv-agresiv:**
  - lipsa de încredere în sine, ineficienţă decizională;
  - pasivitate, trândăvie, încăpăţânare în roluri şi în relaţiile interpersonale;
  - opoziţie pasivă la exigenţele cotidiene sau atitudini de subminare a eficienţei şi autorităţii celor din jur.

- Există şi o **tulburare de personalitate de tip mixt sau polimorf** în cadrul căreia coexistă în diferite combinaţii elemente aparţinând tipurilor descrise până acum.

În cadrul tulburărilor de personalitate mai pot fi descrise:

- **tulburarea de identitate sexuală,** cu cele două variante:
  - ***transsexualismul:***
    - contradicţia dintre sexul biologic şi cel psihologic, subiectul adoptând un comportament care să le sugereze sau să-i convingă pe cei din jur că are o altă identitate sexuală decât cea reală;
    - este rezultatul unor grave carenţe educaţional-culturale din perioada infantilă şi devine manifest la adultul tânăr;

- impune strategii diagnostice şi aprecieri prognostice complexe dominate de raţionamente etice.

- ***travestitismul*:**
  - adoptarea îmbrăcăminţii sexului opus deşi sexul biologic este bine structurat;
  - este mai frecvent la bărbaţi şi se asociază adesea cu homosexualitatea;
  - conjunctural poate fi privit şi ca o trăsătură de serie histrionică.
- ***homosexualitatea egosintonă:***
  - poartă denumirea de *uranism* sau *pederastie* la bărbaţi, *safism* sau *lesbianism* la femei;
  - deformare a imaginii partenerului cu transferarea dorinţei sexuale asupra unei persoane de acelaşi sex;
  - tulburarea de conduită vizează doar un aspect al existenţei personale, adesea fără să influenţeze eficienţa în roluri şi calitatea relaţiilor sociale.

Tulburările de comportament şi deficitul adaptativ al personalităţilor dizarmonice au o *evoluţie ondulantă* de-a lungul vieţii datorită:

- instabilităţii afectiv-atitudinale;
- moralităţii conjuncturale;
- permisivităţii din unele medii socio-culturale;
- compensării temporare în rolurile existenţiale.

Sunt descrise mult mai frecvent decât la media populaţiei:

- reacţii psihopatologice;
- tulburări nevrotice;
- psihoze endogene;
- toxicomanii;
- acte cu caracter medico-legal.

***Atitudinea profilactică posibilă*:** măsuri de igienă mintală, armonia vieţii familiale şi a componentelor demersului educativ, alături de sfatul genetic în cazul cuplurilor în care cel puţin unul din parteneri au trăsături dizarmonice, confirmate prin deficitul adaptativ persistent.

Atitudinea terapeutică

- se adresează:
  - manifestărilor comportamentale dissociale sau antisociale;
  - episoadelor psihopatologice.

- se pot realiza prin:
  - chimioterapie cu preparate neuroleptice, anxiolitice, antidepresive şi anticonvulsivante;
  - variante psiho- şi socioterapeutice care să includă sugestii privind adaptarea – conform propriei firi sau propriilor interese – în diversitatea situaţiilor şi rolurilor vieţii privite toate şi prin prisma raportării la cei din jur.
- apelează la:

- tehnici psihoterapeutice psihodinamice, suportive, comportamentale sau cognitive;
- socioterapii care să implice şi membrii reţelei de suport social, care au dintr-un motiv sau altul o anumită autoritate asupra pacientului, cu scopul de a estompa rigiditatea comportamentului maladaptativ şi de a-l face pe pacient, într-o cât mai mare măsură, conştient şi responsabil de consecinţele negative ale acestuia.

SEMIOLOGIA FUNCȚIILOR PSIHICE DE CUNOAȘTERE

CONŞTIINŢA

Este descrisă dintr-o dublă perspectivă:

- **cantitativă**:
  - = ***starea de conştienţă*** sau ***de luciditate*** care:
    - ***reprezintă nivelul minim de funcţionare a psihismului ce permite schimbul de informaţii cu lumea materială şi umană, comunicarea şi integrarea în realitate;***
    - *are ca substrat neurofiziologic* conexiunile cortico-subcorticale şi activitatea substanţei reticulate a lobilor frontali, temporali, a regiunii centrencefalice şi contribuţia zonelor de excitaţie optimă corticală.
- **calitativă –** reprezintă:
  - ***procesul de reflectare a propriei persoane, a funcţionării în roluri şi a continuităţii ei, a lumii înconjurătoare ca şi conţinut şi repere spaţiale şi temporale;***
  - *viaţa psihică la un moment dat, rezultantă a evoluţiei social-istorice;*
  - este ilustrată sau exemplificată prin *câmpul conştiinţei,* care integrează prezenţa în lume şi reflectarea prezentului.

Sunt descrise:

- ***conştiinţa şi variantele ei:***
  - *elementară*, echivalenta stării de veghe, care presupune luciditate, claritate, perspicacitate;
  - *operaţional-logică* prin intermediul căreia procesele cognitive coerente reflectă obiectiv realitatea;
  - *morală* care prin asumarea categoriilor etice de bine-rău, adevărat-neadevărat, permite judecăţi morale în conformitate cu normele morale comunitare;
  - *axiologică* care prin însuşirea şi cultivarea valorilor permite diferenţieri şi ierarhizări valorice.
- ***subconştientul*** – trăiri şi pulsiuni care au fost şi pot fi oricând conştientizate;
- ***inconştientul*** – trăiri şi pulsiuni care în parte au fost conştientizate şi pot în anumite condiţii trece din nou în câmpul conştiinţei; există ca urmare un *inconştient refulat* şi unul *cognoscibil*.

TULBURĂRILE CONŞTIINŢEI:

- = ***perturbările capacităţii de reflectare a propriei persoane şi a lumii externe;***
- ***sunt dependente de capacităţile cognitive şi de starea afectivă*** – dispoziţie şi stările afective elaborate;
- au drept model ***sindromul confuziv*** care include:
  - detaşarea de realitate;
  - creşterea pragurilor senzoriale şi estomparea limitelor câmpului perceptual;

- hipoprosexie voluntară;
- hipomnezii şi amnezii de fixare, evocare şi recunoaştere;
- dezorientarea în timp, spaţiu, auto- şi allopsihică secundară tulburărilor prosexice şi mnestice;
- incoerenţă ideativă şi motorie care *reprezintă semne ale confuziei doar atunci când evoluează acompaniate de celelalte elemente descrise*.

Sunt descrise tulburări *cantitative* şi *calitative* ale conştiinţei.

Tulburările cantitative *ale stării de conştienţă sau de luciditate:*

- nu sunt însoţite de fenomene productive şi asociază progresiv tulburări vegetative;
- includ în ordinea crescândă a gravităţii:
  - ***obtuzia –*** bradipsihie uşoară cu latenţe în înţelegerea întrebărilor şi formularea răspunsurilor;
  - ***hebetudinea*** – perplexitate sau nedumerire variabil tensionată şi indiferentism;
  - ***torpoarea*** – somnolenţă cu indiferentism accentuat, bradikinezie şi uşoară dezorientare;
  - ***obnubilarea*** – bradipsihie semnificativă şi creşterea pragurilor senzoriale cu răspunsuri tardive apărute doar la stimuli puternici;
  - ***stupoarea*** – akinezie confuzivă cu scăderea marcată a vigilităţii, mutism şi negativism pasiv;
  - ***soporul*** – somnolenţă patologică, persistentă cea mai mare parte a zilei;
  - ***coma*** – suspendarea totală a conştiinţei, descrisă în epilepsie, lipotimie, sincopă şi comă:
    - *vigilă* – frecvent agitată;
    - *profundă sau carus* – cu perturbarea funcţiilor vegetative, respiratorii şi circulatorii.

Tulburările calitative ***includ modificări ale câmpului conştiinţei şi producţii patologice ale psihismului la nivelul percepţiei, gândirii şi imaginaţiei.*** Se descriu următoarele forme clinice:

- **îngustarea câmpului conştiinţei:**
  - reprezintă focalizarea capacităţii de reflectare a realităţii asupra unui număr redus de idei sau evenimente trăite sau imaginate;
  - apar în:
    - tulburări obsesive;
    - paranoia;
    - sindromul de stres posttraumatic.
- **starea crepusculară**:
  - schimbarea paroxistică a capacităţii de reflectare a persoanei cu:
    - afectarea vigilităţii;
    - îngustarea câmpului conştiinţei cu menţinerea unei activităţi automate dar desprinse de context;
    - fenomene halucinator-delirante;
    - exaltare sau disforie în plan afectiv.
  - include *automatismul ambulatoriu diurn sau nocturn* şi *fugile patologice;*
  - este urmată de amnezie lacunară sau parţială;
  - poate apare în:

- reacţiile psihopatologice;
- beţia patologică;
- epilepsia temporală;
- tulburări isterice de intensitate psihotică precum sindromul GANSER şi pseudodemenţa isterică.

- **stările confuzive:**
  - ***onirismul:***
    - *substituirea realităţii cu producţii fictive, ca într-un vis trăit,* în care persoana îşi schimbă comportamentul faţă de ambianţă şi *acţionează conform conţinuturilor acestuia;*
    - domină halucinaţiile polisenzoriale, caleidoscopice, cu caracter discontinuu şi ideile delirante fragmentare frecvent cu conţinut profesional, toate cu efect intens anxiogen;
    - în formele grave se instalează:
      - *delirul musitant,* în cadrul căruia:
        - agitaţia ideo-verbală şi motorie este de amplitudine moderată sau redusă şi fragmentează comportamentul;
        - tabloul clinic este mai intens vesperal şi nocturn, fiind urmat de amnezie parţială.
  - ***oneiroidia:***
    - intricarea producţiilor halucinator-delirante în realitate cu reflectarea discontinuă şi parţială a acesteia;
    - stare de vis la care persoana asistă fără să participe, existând deci *o discrepanţă între trăirile şi comportamentul individual.*
  - ***amentia:***
    - *stare confuzivă de maximă intensitate, dominată de incoerenţa ideo-verbală şi mai puţin cea motorie;*
    - include:
      - halucinaţii polisenzoriale complexe;
      - perplexitate şi incontinenţă afectivă;
      - fenomene parakinetice, urmate de amnezie lacunară.

Diferitele variante de stări confuzive pot fi întâlnite în:

- afecţiuni intracraniene de natură inflamatorie, tumorală sau vasculară;
- afecţiuni generale: stări febrile, intoxicaţii medicamentoase, profesionale, alimentare;
- toxicomanii, adesea ca manifestări ale sevrajului;
- encefalopatii metabolice: diabet, insuficienţă respiratorie, hepato-renală;
- boli endocrine: mixedem, boala ADDISON, hipertiroidism;
- stări de şoc cardiogen, traumatic sau postoperator;

- hemopatii;
- avitaminoze;
- psihozele schizofrenice;
- psihozele cronice delirante;
- psihozele post-partum.

- ***tulburările conştiinţei autopsihice*** *sunt tulburări ale capacităţii de reflectare a realităţii personale şi includ:*

- ***desanimarea:***
  - *tulburarea conştiinţei Eu-lui, a identităţii, unităţii şi autenticităţii* individuale, însoţită de senzaţia de transformare psihică, de vid interior, de spectacol dramatic al propriei existenţe;
  - *trăirea anxiogenă a propriei devalorizări şi a înstrăinării de sine,* exprimabile prin formularea "ca şi cum", referitoare la propria persoană, fiind astfel întreţinută o analiză introspectivă care favorizează îndepărtarea de realitate;
  - *piatra de încercare în diagnosticul psihiatric deoarece întruneşte perplexitatea, anxietatea şi stranietatea*;
  - apare în:
    - stările de surmenaj şi de trecere de la veghe la somn;
    - reacţiile psihopatologice;
    - tulburări nevrotice;
    - depresii;
    - la personalităţile psihopatice;
    - debutul psihozelor.
- ***desomatizarea:***
  - *senzaţia de transformare a propriului corp care pare ireal, inautentic, greu de definit sau descris;*
  - include şi:
    - *dismorfofobia:*
      - perceperea jenantă şi anxiogenă a alcătuirii deformate şi inestetice a propriului corp;
      - nu este considerată patologică în adolescenţă, dar devine patognomonică în tulburările obsesivo-fobice şi în debutul psihozelor schizofrenice.
    - *heautoscopia:*
      - perceperea imaginii globale sau parţiale a propriului corp "în oglindă", cu păstrarea sentimentului de apartenenţă;
      - apare în:
        - stările de trecere de la somn la veghe = *hipnapompice,* şi de la veghe la somn = *hipnagogice;*
        - tulburările obsesivo-fobice;

- epilepsie;
- psihozele schizofrenice.

- **tulburările de schemă corporală** pot fi:
  - ***de natură neurologică:***
    - ***sindromul GERSTMANN*** – apare în leziunile emisferului dominant şi include:
      - agnozie digitală;
      - agrafie;
      - acalculie;
      - dezorientare spaţială dreapta/stânga.
    - ***sindromul ANTON-BABINSKI*** apare în leziunile emisferului minor şi include:
      - hemiasomatognozie;
      - anozognozie.
  - ***de natură psihică:***
    - ***cenestopatiile:***
      - *senzaţii corporale neplăcute, descrise şi localizate variabil, care deşi nu au un substrat organic decelabil, sunt prelucrate şi trăite anxiogen de către pacient;*
      - se întâlnesc în:
        - tulburările nevrotice şi depresive;
        - debutul psihozelor;
        - tulburările psihice din ateroscleroza cerebrală.
    - ***sindromul hipocondriac***
      - include:
        - cenestopatiile;
        - anxietatea;
        - *idei – variabile ca intensitate – de cultivare a unei suferinţe somatice, neurologice sau psihice,* care culminează cu *delirul hipocondriac* – convingerea absolută asupra propriului statut de bolnav;
      - se întâlneşte:
        - în tulburările nevrotice;
        - la personalităţi psihopatice;
        - în psihozele de involuţie.
    - **sindromul COTARD:**
      - include triada:
        - idei delirante de negaţie a morfo-funcţionalităţii organelor interne;
        - idei de enormitate;
        - idei de imortalitate nefericită.
      - se întâlneşte în depresiile de involuţie.

- ***personalitatea alternă:***
  - tulburare a conştiinţei Eu-lui de tip disociativ isteric cu îngustarea bruscă a câmpului conştiinţei şi pierderea coeziunii psihismului;
  - aparent şi parţial componentele psihismului funcţionează independent determinând apariţia de *trăsături psiho-comportamentale noi de care persoana este dominată alternativ;*
  - se întâlneşte tot mai rar, în tulburările isterice şi este urmată de amnezie lacunară.
- ***sindromul de automatism mintal*** include:
  - halucinaţii intrapsihice;
  - fenomene de influenţă, de control şi de ecou al gândirii, stărilor afective şi motricităţii;
  - apare în:
    - schizofrenii;
    - parafrenii;
    - epilepsie;
    - tulburările psihice pe fond involutiv.

- **Tulburările conştiinţei allopsihice** – de reflectare a realităţii înconjurătoare sunt incluse în:
  - ***sindromul de derealizare:***
    - *perceperea deformată, estompată – «ca prin ceaţă» – a componentelor lumii externe şi a raporturilor spaţiale şi temporale;*
    - *dominanţa senzaţiilor de transformare nedefinită, inautentică şi stranie a lumii din jur,* cu asocierea falselor recunoaşteri şi a falselor non-recunoaşteri;
    - se întâlneşte în:
      - stările confuzive de natură psihogenă sau organică;
      - psihozele schizofrenice şi cronice delirante;
      - epilepsie.

SENZAŢIA, PERCEPŢIA ŞI TULBURĂRILE LOR

Senzaţia şi percepţia:

- oferă informaţiile elementare asupra propriului organism şi asupra lumii exterioare;

- se desfăşoară în interdependenţă cu alte funcţii de cunoaştere, cu afectivitatea şi sunt condiţionate de starea conştiinţei.

Senzaţia:

- procesul de transformare a excitaţiei de la nivelul segmentului periferic, al analizatorului în imagine subiectivă, la nivelul segmentului cortical al acestuia;

- reflectă însuşirile simple şi separate ale obiectelor şi fenomenelor prin intermediul unui singur analizator;

- fapt de conştiinţă care iniţiază posibilitatea măsurării, comparării şi clasificării componentelor lumii personale şi a celei externe.

Percepţia:

- ***proces complex, multimodal, de reflectare a ansamblului însuşirilor obiectelor şi fenomenelor, precum şi a raporturilor spaţiale şi temporale;***

- fapt de conştiinţă superior calitativ care integrează operaţiile de analiză şi sinteză a elementelor senzoriale;

- *se desfăşoară fazic, într-o succesiune logică de etape care se concretizează în imagini obiective sintetice* ce permit recunoaşterea imaginii percepute doar prin intermediul unui fragment al acesteia sau a uneia din însuşirile sale;

- permite:
  - reducerea fazei de explorare a câmpului perceptual;
  - diferenţierea familiar – non-familiar şi stabilirea de raporturi între imaginile din cadrul fiecărei categorii;
  - apelul la experienţa anterioară în perceperea timpului;
  - delimitarea timpului psihologic – subiectiv, de cel real – obiectiv în funcţie de starea afectivă dominantă şi de bogăţia câmpului perceptual.

- astfel se explică – aferent timpului psihologic – preponderenţa rolului trecutului la vârstnici, a prezentului la adulţi şi a viitorului la tineri precum şi faptul că în procesul percepţiei persoana joacă un dublu rol – de actor şi de spectator.

TULBURĂRILE SENZAŢIEI

- ***hiperestezia:***
  - *creşterea neplăcută a intensităţii senzaţiilor pentru subiect corespunzător unui singur analizator sau ansamblului lor datorată scăderii pragului senzorial;*
  - se întâlneşte în:
    - stări de surmenaj;
    - intoxicaţii;
    - tulburări nevrotice;
    - debutul psihozelor;
    - episoadele maniacale;
    - tulburările psihice de natură infecţioasă;
    - tulburările psihice de natură toxică;
    - hipertiroidism.

- ***hipoestezia:***
  - *scăderea intensităţii senzaţiilor şi a numărului de stimuli receptaţi datorită creşterii pragului senzorial;*
  - se întâlneşte în:
    - reacţiile psihopatologice;
    - depresii;
    -schizofrenii;
    - tulburările psihice posttraumatice;
    - tulburările conştiinţei.

- oligofrenii;

- ***sinestezia:***
  - *perceperea simultană pe o altă cale senzorială a unui stimul receptat printr-un analizator – audiţia colorată;*
  - se întâlneşte în intoxicaţiile cu substanţe psihodisleptice: cocaina, mescalina, LSD.

TULBURĂRILE PERCEPŢIEI

Iluziile:

- ***percepţii deformate sau denaturate ale stimulilor reali, caracterizate prin obiectualitate şi prin faptul că sunt intensificate imaginativ;***
- se clasifică în:
  - ***iluzii fiziologice –*** prin modificarea condiţiilor perceptuale:
    - ***iluzii optico-geometrice:*** două linii paralele întretăiate de o a treia par curbe, băţul introdus în apă pare frânt;
    - ***iluzii de greutate, de volum;***
    - ***iluzii prin stimulare monotonă, supra- sau subliminară sau prin deprivare senzorială*** – ele sunt corectabile de către subiect care sesizează eroarea perceptuală prin modificarea condiţiilor subiective;
    - ***iluzii hipnapompice şi hipnagogice*** din stările de oboseală şi surmenaj sau cele facilitate de stări afective intense euforice sau anxioase.

  - ***iluzii patologice –*** necorectabile de către subiect;
    – se clasifică în:
    - ***iluzii exteroceptive:***
      - *vizuale:*
        - macropsii, micropsii, dismegalopsii, metamorfopsii – obiectele par mărite, micşorate, alungite sau lărgite, respectiv deformate;
        - poropsii şi teleopsii – distanţa dintre obiecte pare modificată sau ele sunt mai îndepărtate.
      - *auditive* – cu sunete şi zgomote modificate ca intensitate, timbru sau distanţă faţă de subiect;
      - *olfactive şi gustative* – apar frecvent asociate şi sunt greu de diferenţiat.
    - ***iluzii interoceptive sau viscerale*** – perceperea deformată a funcţionării unor aparate sau sisteme ale organismului;
    - ***iluzii proprioceptive*** – perceperea deformată a mişcărilor propriului corp;

- ***iluziile de modificare a schemei corporale*** – perceperea deformată a formei, greutăţii şi a poziţiei propriului corp;
- ***pareidoliile*** – iluzii de o deosebită intensitate şi bogăţie în care participarea imaginativă şi afectivă sunt deosebite;
- ***falsele recunoaşteri şi falsele non-recunoaşteri:***
  - fenomene de tipul "deja" sau "niciodată", "văzut", "cunoscut" sau "trăit" în producerea cărora principalul rol îl au tulburările memoriei;
  - se întâlnesc în:
    - tulburările morfofuncţionale ale analizatorilor;
    - epilepsia temporală;
    - stările confuzive de diverse etiologii;
    - tulburarea nevrotică obsesivă, fobică şi isterică;
    - depresii;
    - debutul psihozelor schizofrenice şi cronice delirante;
    - tulburările psihopatologice din perioada involuţiei.

Halucinaţiile:

- ***percepţii false, fără obiect de perceput caracterizate prin*:**
  - senzorialitate – "percepere" prin modalităţile senzoriale obişnuite şi pe căile senzoriale normale;
  - proiecţie spaţială în spaţiul senzorial sau în afara acestuia;
  - complexitate diferită;
  - intensitate diferită;
  - convingerea personală asupra faptului că percepţia este obiectivă şi determină subiectul să se comporte "ca şi cum";
  - rezonanţă afectivă mai mult sau mai puţin anxiogenă.
- se clasifică în:
  - ***halucinaţii fiziologice:***
    - apar în condiţii de alterare a vigilităţii cum sunt fazele trecerii de la somn la veghe – ***hipnapompice*** – şi de la veghe la somn – ***hipnagogice*** – sau în stările de sugestie hipnotică;
    - sunt de scurtă durată şi uşor corectabile de către subiect.
  - ***halucinaţii funcţionale:***
    - percepţii false declanşate şi întreţinute de o percepţie reală cu care se desfăşoară simultan.
  - ***halucinaţii eidetice:***
    - reprezentări în spaţiul senzorial a unor imagini percepute recent în timpul unor stări afective intense;
    - sunt considerate fiziologice la copil.
  - ***halucinoze:***

- halucinaţii al căror caracter patologic este recunoscut de subiectul care adoptă o atitudine critică faţă de ele şi încearcă să le verifice autenticitatea;
- se întâlnesc în:
  - leziuni ale analizatorilor;
  - tulburările psihice de natură toxică şi infecţioasă;
  - ateroscleroza cerebrală.

➥ ***halucinaţii propriu-zise sau psihosenzoriale*** *care au toate caracteristicile descrise şi se clasifică în:*

- ***halucinaţii exteroceptive:***
  - *auditive:*
    - au frecvenţa maximă la adult spre deosebire de copil la care predomină cele vizuale;
    - pot fi episodice sau continue, de intensitate şi cu răspuns afectiv variabile, acesta din urmă de obicei nefavorabil subiectului, care adoptă poziţii sau ia măsuri de evitare specifice;
    - în funcţie de complexitate distingem halucinaţii auditive:
      - *elementare* – acoasme = zgomote nediferenţiate;
      - *comune* – sunete cu sursă şi modalităţi de producere bine definite pentru subiect;
      - *complexe sau verbale* – voci şi fraze pe care subiectul le înţelege sau nu = verbigeraţie halucinatorie.
    - se întâlnesc în:
      - patologia ORL;
      - boli neurologice;
      - stări confuzive;
      - aura epileptică;
      - depresii de intensitate psihotică;
      - psihoze schizofrenice – cu vorbire la persoana a doua specifică;
      - psihoze halucinotice alcoolice – vorbire la persoana a treia specifică.
    - *reprezintă întotdeauna o urgenţă psihiatrică.*
  - *vizuale:*
    - domină la copil şi determină întotdeauna o intensă reacţie afectivă, comportamentul halucinator vizual fiind uşor de evidenţiat;
    - pot fi:
      - de intensitate şi mărime variabilă;
      - accesuale sau continue;

- cu o rezonanţă afectivă pozitivă sau negativă.

➢ în funcţie de complexitate se descriu halucinaţii vizuale:

- elementare – *fosfene* sau *fotopsii;*
- complexe, denumite:
  - *fantasmoscopii* atunci când imaginile nu sunt precis conturate;
  - *halucinaţii figurate* când sunt bine delimitate.
- scenice – panoramice sau statice şi cinemato-grafice atunci când sunt în mişcare.

➢ se întâlnesc în:

-patologia oftalmologică şi neurologică: tumori, epilepsie;

-stările confuzive;

-psihozele schizofrenice şi parafrenice;

-psihozele alcoolice – delirium tremens când poartă denumirea de *zoopsii.*

- *olfactive* şi *gustative,* care:
  - ➢ apar de obicei împreună datorită originii embriologice comune şi strânselor legături cu viaţa afectiv-instinctuală;
  - ➢ reprezintă mai mult de jumătate din totalul halucinaţiilor;
  - ➢ pot fi plăcute sau neplăcute.

  - ➢ se întâlnesc în:

-crizele uncinate din epilepsia temporală;

-tulburările nevrotice obsesive, fobice şi isterice;

-psihozele afective;

-delirium tremens;

-*psihozele de involuţie al căror substrat organic îl confirmă întotdeauna.*

- *tactile:*
  - ➢ algii, modificări de temperatură, parestezii, mişcări ale unor insecte subcutanat;
  - ➢ pot fi discontinue sau în reţea;
  - ➢ se întâlnesc în:

-intoxicaţiile cu substanţe psihodisleptice;

-psihozele alcoolice şi de involuţie = *sindromul EKBOM sau delirul cu ectoparaziţi.*

❑ ***interoceptive sau viscerale:***

- senzaţia de transformare sau de schimbare a poziţiei unor organe interne, culminând cu *fenomenul de posesiune zoopatică* = trăirea halucinatorie de metamorfozare într-un animal;
- cel mai frecvent sunt resimţite neplăcut şi sunt localizate genital, inducând un comportament halucinator cu măsuri de protecţie variate;
- se întâlnesc în:

  -tulburările hipocondriace delirante;

  -schizofreniile paranoide;

  -psihozele de involuţie.

- ***proprioceptive*** – motorii sau kinestezice:
  - descrise ca impresii de deplasare a unor segmente ale corpului sau ale acestuia în întregime.

↳ ***halucinaţiile psihice sau pseudohalucinaţiile:***

- ***sunt lipsite de proiecţie spaţială şi nu au caracter de senzorialitate, fiind percepute în minte, în interiorul corpului, având adesea forme şi conţinuturi stranii;***
- ***sunt trăite şi descrise ca fenomene impuse din exterior, imposibil de controlat voluntar;***
- se clasifică în ordinea frecvenţei în *pseudohalucinaţii:*
  - *auditive:*
    - sunete şi voci interioare, auzite "cu urechile minţii";
    - însoţite de ecoul gândirii şi al lecturii – care cultivă convingerea subiectului că alte persoane îi cunosc conţinuturile psihice = *tranzitivism,* care sunt explicate şi prin mecanismul transmiterii gândurilor prin diverse modalităţi care aparţin realităţii sau sunt imaginare – telepatie, sugestie, radiaţii.
  - *vizuale:*
    - imagini izolate sau panoramice, plăcute sau terifiante, care sunt percepute "cu ochii minţii".
  - *gustative şi olfactive:*
    - sunt dificil de diferenţiat de cele psihosenzoriale de aceeaşi natură.
  - *tactile:*
    - senzaţii extrem de penibile, provocate de la distanţă, frecvent localizate în zona genitală.
  - *viscerale sau interoceptive:*
    - induc subiectului convingerea că este posedat de animale sau fiinţe străine şi că şi-a pierdut "libertatea interioară".
  - *motorii sau kinestezice:*

- reprezintă perceperea executării unor mişcări impuse, pe care subiectul poate într-adevăr să le facă sau nu;
- pot însemna şi senzaţia că limbajul sau scrisul sunt dirijate de forţe exterioare, xenopatice.

- se întâlnesc în mod caracteristic în:
  -schizofrenii;
  -parafrenii;
  -stări confuzive de natură toxică sau infecţioasă.
- *reprezintă întotdeauna un semn de gravitate care confirmă intensitatea psihotică a tulburărilor psihopatologice.*

- ***halucinaţiile plurisenzoriale:***
  - *asociază mai multe variante halucinatorii şi în ansamblul lor aparţin simptomatologiei psihopatologice productive;*
  - apar pe fondul tulburărilor de conştiinţă şi modifică întregul sistem de reflectare al realităţii aparţinând persoanei umane.

- în dinamica halucinaţiilor există:
  - *faza adaptativă* anxiogenă în care subiectul adoptă atitudini de verificare a realităţii şi se decompensează psihopatologic reactiv;
  - *faza disimulatorie* în cursul căreia se încearcă mascarea tulburărilor perceptuale;
  - *faza comportamentului halucinator* în care persoana se manifestă conform conţinutului halucinaţiilor, bizar şi incoerent.

ATENŢIA ŞI TULBURĂRILE EI

ATENŢIA:

- ***funcţie psihică prin intermediul căreia se realizează orientarea şi concentrarea psihismului spre un grup limitat de obiecte şi fenomene din câmpul perceptual;***

- asigură delimitarea imaginilor percepute unele faţă de altele precum şi delimitarea lor netă de câmpul perceptual;

- *realizează autoreglarea activităţii psihice pe microintervale şi în mod intermitent;*

- pregăteşte psihismul pentru contactul cu noi stimuli, care sunt semnificativi într-un fel sau altul pentru subiect, având *un rol major în dirijarea anticipativă psiho-comportamentală;*

- funcţionează în strânsă interdependenţă cu *natura motivaţiilor persoanei şi cu factorii situaţionali;*

- dezvoltarea ei se face în paralel cu aceea a funcţiilor senzoriale de care este susţinută, începând cu luna a doua de viaţă;

- *de la vârsta de 4 luni – când apar primele elemente ale curiozităţii,* atenţia se dezvoltă progresiv până la pubertate prin activitatea ludică, prin educaţie şi socializare, trecând de la caracterul spontan şi motivaţiile afectiv-senzoriale la caracterul voluntar şi motivaţiile sociale şi spirituale.

- **se descriu:**
  - ***atenţia involuntară*** – spontană sau neintenţională, antrenată de stimulii senzoriali;
  - ***atenţia voluntară*** – deliberată şi susţinută de voinţă;
  - ***atenţia postvoluntară sau habituală,*** cu desfăşurare reflexă, semiautomată, ca urmare a transformării atenţiei voluntare în atenţie involuntară prin repetiţie.
- **însuşirile atenţiei:**
  - *volumul* – numărul de obiecte şi fenomene din câmpul perceptual asupra cărora psihismul se poate orienta la un moment dat = 2-4 în condiţii fiziologice;
  - *concentrarea* – capacitatea de a delimita obiectele şi fenomenele vizate de fondul câmpului perceptual;
  - *selectivitatea* – capacitatea de a diferenţia obiectele şi fenomenele vizate unele faţă de altele;
  - *stabilitatea* – durata perioadei în care se desfăşoară procesul atenţiei până la apariţia oboselii fiziologice = 20-40 minute;
  - *mobilitatea sau distributivitatea* – capacitatea de comutare a atenţiei în câmpul perceptual în funcţie de motivaţia dominantă şi conjunctură.

TULBURĂRILE ATENŢIEI = DISPROSEXII

- ***hiperprosexiile:***
  - *exagerarea atenţiei sau a unora din atributele sale;*
  - pot fi:
    - *fiziologice*:
      - în cazul unor motivaţii puternice şi a unor scopuri majore imediate;
      - în stările de excitaţie psihomotorie;
      - în intoxicaţiile uşoare cu alcool, cofeină.
    - *patologice:*
      - sunt de cele mai multe ori selective sau parţiale, vizând un anumit sector al vieţii psihice;
      - se descriu în:

        -neurastenia cenestopată;

        -tulburarea nevrotică obsesivo-fobică;

        -la personalităţile patologice de tip obsesiv-compulsiv;

        -psihozele paranoice şi afective;

        -delirul hipocondriac.

- ***hipoprosexiile:***
  - *diminuarea atenţiei, în special a capacităţilor de concentrare şi selectivitate;*
  - pot fi:
    - *fiziologice:*
      - în stările de surmenaj;
      - în stările afective intense.
    - *patologice:*
      - în tulburarea nevrotică anxioasă şi depresivă;
      - la personalităţile instabile;
      - în episodul maniacal în care există o hipermobilitate şi o hipotenacitate prosexică particulară;
      - în psihozele schizofrenice;
      - în oligofreniile uşoare şi debutul demenţelor.

- ***aprosexiile:***
  - *abolirea atenţiei;*
  - apar în stările confuzionale, oligofreniile severe şi în stadiile avansate ale demenţelor.

Substratul neurofiziologic al atenţiei este într-o măsură semnificativă reprezentat prin activitatea formaţiunii reticulate mezencefalice – *sistemul reticulat activator ascendent,* respectiv diencefalice – *sistemul reticulat difuz de proiecţie şi a conexiunilor ei corticale,* cu rol în stabilitatea respectiv în mobilitatea atenţiei şi în întreţinerea stării de vigilitate.

MEMORIA ŞI TULBURĂRILE EI

MEMORIA:

- ***funcţia psihică prin care se realizează fixarea, conservarea şi reactualizarea – prin intermediul recunoaşterii şi reproducerii – a experienţelor de viaţă anterioare cognitive, afective şi volitive a persoanei umane;***

- asigură continuitatea şi consecvenţa psihismului în ansamblu şi exprimă unitatea celor două modalităţi de cunoaştere – senzorială şi ideativă – prin păstrarea şi reactualizarea atât a imaginilor senzoriale cât şi a conţinuturilor cognitive;

- este condiţionată de *starea conştiinţei,* de *suportul afectiv* şi de *participarea operaţiilor gândirii;*

- *trebuie diferenţiată de* ***învăţare*** *=* ***proces complex, conştient şi voluntar, care antrenează şi atenţia, gândirea şi imaginaţia;***

- permite distincţia dintre trecut şi prezent, dintre real şi imaginar, precum şi evocarea trecutului în raport cu necesităţile prezentului;

- se descriu – în funcţie de conţinuturile mnestice, de participarea voinţei, a gândirii, respectiv de criteriul temporal:

  - ***memoria senzorială, motorie, afectivă şi cognitivă;***
  - ***memoria involuntară şi voluntară;***
  - ***memoria mecanică şi memoria logică;***
  - ***memoria imediată sau spontană*** care asigură reactualizarea datelor într-un interval de câteva secunde sau minute de la fixarea lor;
  - ***memoria recentă, de fixare sau de scurtă durată*** care îndeplineşte acelaşi rol într-o perioadă de ore sau zile;
  - ***memoria strategică, de evocare sau de lungă durată*** care asigură continuitatea psihismului persoanei conştiente şi acumularea de experienţă de la începutul vieţii până în prezent.

- *dezvoltarea memoriei:*

  - începe de la vârsta de 6 luni dar recunoaşterea şi reproducerea sunt posibile doar după vârsta de 3 ani – vârsta maturizării SNC;
  - se dezvoltă progresiv:
    - ***memoria senzorio-motorie*** – comună omului şi animalelor;
    - ***memoria autistică*** – strâns legată de afectivitate – datorită căreia este posibilă în anumite stări patologice reactualizarea experienţelor primei copilării;
    - ***memoria socială*** legată de cunoaşterea logică, de rolurile sociale şi de factorii culturali.

- *regresiunea memoriei* este un proces în care uitarea se face de la complex la simplu şi dinspre prezent înspre trecut, în ordinea inversă a achiziţiilor;

- *substratul neurofiziologic:*

  - include circuitele neuronale hipocampo-mamilo-talamo-cingulare, vacuolele interfibrilare – unităţi funcţionale legate de un număr relativ constant de fibre nervoase, cantitatea şi distribuţia acidului ribonucleic la nivel cerebral;
  - este condiţionat de integritatea morfofuncţională a sistemului nervos central.

TULBURĂRILE MEMORIEI = DISMNEZII

- **tulburări cantitative:**

  - ***hipermneziile –*** *presupun fixări şi reproduceri sau evocări cantitativ şi calitativ superioare, involuntare* şi apar în:
    - *condiţii fiziologice:*
      - în stări afective pozitive sau negative intense;
      - în prezenţa unor motivaţii puternice.
    - *condiţii patologice:*
      - la personalităţile psihopatice de tip paranoic, obsesiv-compulsiv, evitant şi dependent;

- în tulburarea nevrotică obsesivo-fobică şi isterică – "memoria hiperestezică";
- în delirurile interpretative şi pasionale;
- în oligofrenii – "idioţii savanţi";
- în toxicomanii;
- în aura sau echivalenţele epileptice.

❑ *condiţii particulare:*

- *mentismul* – derularea incoercibilă şi anxiogenă a unor amintiri pe fondul pasivităţii atitudinale a subiectului, care rămâne un simplu spectator; apare în:
  - ➢ stări de surmenaj;
  - ➢ intoxicaţii cu alcool, cofeină sau preparate psihotrope;
  - ➢ în debutul psihozelor schizofrenice.
- *viziunea retrospectivă* – forma extremă a hipermeziilor în care subiectul retrăieşte principalele evenimente ale vieţii; apare în:
  - ➢ paroxisme anxioase;
  - ➢ stări de pericol vital iminent;
  - ➢ stări confuzive;
  - ➢ crizele de epilepsie temporală.

↳ ***hipomneziile –*** *diminuarea capacităţilor de fixare şi evocare legată întotdeauna şi de un deficit prosexic*. Se descriu *hipomnezii*:

❑ *fiziologice* – apar în:

-stări de oboseală;

-surmenaj sau

-deficit motivaţional.

❑ *patologice* – apar în:

-neurastenie;

-oligofrenii;

-tulburările psihice posttraumatice;

-debutul demenţelor.

❑ *particulare:*

- *anecforia:*
  - ➢ în care subiectul reproduce cu ajutorul anturajului evenimente care păreau uitate;
  - ➢ apare în stări de solicitare psihică sau oboseală.
- *lapsusul*:
  - ➢ dificultate pasageră de reproducere posibilă în condiţii similare celor aferente anecforiei.

- ***amneziile –*** *imposibilitatea fixării şi evocării experienţelor existenţiale care obligă subiectul la soluţii improvizate*. Se clasifică în ***amnezii:***
  - ***anterograde sau de fixare:***
    - abolirea capacităţilor de fixare şi evocare după intervenţia unui factor sau eveniment perturbator al psihismului cu alterarea memoriei de fixare şi conservarea evocărilor în raport cu acesta;
    - se întâlnesc în:
      -reacţii psihopatologice;
      -tulburări nevrotice;
      -stări confuzive;
      -tulburări afective bipolare;
      -presbiofrenie.
  - ***retrograde sau de evocare****:*
    - abolirea funcţiei mnestice pentru perioada care precedă intervenţia unui factor sau eveniment perturbator al psihismului, cu păstrarea fixării şi alterarea memoriei de evocare;
    - se întâlnesc în:
      -afazia WERNICKE;
      -psihoza KORSAKOV;
      -tulburările psihice posttraumatice;
      -demenţe.
  - ***antero-retrograde sau progresive:***
    - alterare globală a funcţiei mnestice care implică atât memoria de fixare cât şi cea de evocare, pierderea amintirilor făcându-se dinspre prezent spre trecut, cu ştergerea progresivă a conţinuturilor memoriei socio-culturale, autistice şi senzorio-motorii;
    - sunt specifice tulburărilor psihice involutive.
  - ***lacunare:***
    - hiatusuri sau goluri mnestice apărute prin deficitul procesului de fixare, care vizează o etapă bine delimitată din existenţa persoanei;
    - apar în:
      - stări confuzive;
      - după traumatisme cranio-cerebrale;
      - echivalenţele epileptice.
  - ***selective sau tematice:***
    - deficit de evocare corespunzător doar unui anumit conţinut mnestic, unui anumit aspect al experienţelor fixate;

- sunt întotdeauna psihogene şi reversibile, fiind legate de trăiri afective intense sau de situaţii particulare.

- **tulburări calitative:**

↳ ***paramneziile –*** *tulburări ale memoriei faptelor recente sau a celor îndepărtate fără legătură cu realitatea obiectivă trăită de subiect,* în cadrul cărora *experienţele de viaţă nu sunt evocate în ordinea cronologică sau corect raportate la subiectul care încearcă să suplinească în diverse moduri deficitul evocărilor.* Se clasifică în:

❑ ***paramnezii de fixare:***

- *criptomneziile:*
  - *convingerea subiectului asupra faptului că un material artistic, literar, muzical sau ştiinţific este al lui personal, deşi acesta îi este străin;*
  - apar datorită scăderii capacităţii de a diferenţia experienţele proprii de cele străine, pe cele trăite de cele auzite, văzute sau citite;
  - *trebuie deosebite de plagiat* şi comparată cu fenomenul opus denumit *"înstrăinarea amintirilor";*
  - se întâlnesc în:
    - tulburările isterice şi la personalităţi isterice;
    - schizofrenii;
    - psihozele cronice delirante – paranoia şi parafrenia;
    - demenţele aterosclerotice şi senile.
- *falsele recunoaşteri:*
  - confundarea unei persoane sau situaţii necunoscute cu una cunoscută şi apariţia impresiilor de: "deja văzut", "deja auzit", "deja trăit";
  - apar în:
    - stări de surmenaj;
    - episoade maniacale de diferite etiologii;
    - schizofrenii;
    - psihozele cronice delirante;
    - psihoza KORSAKOV.
- *falsele non-recunoaşteri:*
  - identificarea unei persoane cunoscute ca fiind necunoscută;
  - sunt mult mai rare şi se descriu în:
    - tulburările isterice şi obsesivo-fobice;
    - la personalităţile patologice cu trăsături din seria respectivă;
    - induc impresii de tipul: "niciodată văzut", "auzit", "trăit".
- *iluzia sosiilor:*

- *variantă de falsă non-recunoaştere* în care subiectul consideră sosie o persoană pe care o cunoaşte cu siguranţă;
- se întâlneşte în:
  - stări confuzive;
  - episoade maniacale;
  - schizofrenii;
  - psihoze cronice delirante.

- *paramneziile de reduplicare:*
  - identificarea unei persoane sau situaţii noi cu o altă persoană sau situaţie întâlnite anterior;
  - se întâlnesc rar, în demenţele presenile.

- ***paramnezii de evocare:***
  - *pseudoreminiscenţele:*
    - reproducerea unor evenimente reale din trecut pe care subiectul le trăieşte în prezent, confundând coordonatele temporală şi spaţială;
    - se întâlnesc în:
      - psihoza KORSAKOV şi în
      - demenţe.
  - *ecmnezia:*
    - opusă pseudoreminiscenţelor prin faptul că subiectul se reîntoarce în trecut şi trăieşte activ experienţe reale dar situate în acea perioadă;
    - se întâlneşte în:
      - isterie;
      - demenţe aterosclerotice;
      - demenţele senile.
  - *confabulaţiile:*
    - *tulburări mixte de memorie, gândire, intelect şi imaginaţie în care subiectul falsifică experienţele anterioare, trăite sau imaginare şi se raportează la ele eronat şi din punctul de vedere al coordonatelor spaţiale şi temporale;*
    - subiectul nu conştientizează faptul că denaturează adevărul dar fabulează cu scopul de a compensa deficitul mnestic;
    - există, în funcţie de starea conştiinţei şi de nivelul de dezvoltare sau nedezvoltare cognitivă, *confabulaţii:*
      - *mnestice;*
      - *de perplexitate;*
      - *de jenă;*

- *fantastice;*
- *onirice.*

➢ se descriu în:

- stări confuzive de etiologie variată;
- psihoza KORSAKOV;
- oligofrenii;
- demenţe;
- episodul maniacal – confabulaţii ludice.

GÂNDIREA ŞI TULBURĂRILE EI

GÂNDIREA:

- ***cea mai organizată şi complexă funcţie psihică prin intermediul căreia se realizează integrarea şi prelucrarea informaţiilor referitoare la lumea externă şi cea internă a persoanei;***

- ***asigură un nivel calitativ superior al cunoaşterii prin caracterul său mijlocit şi generalizat abstract,*** confirmate de faptul că operează cu informaţii obţinute prin percepţie şi reprezentare, simplificând realitatea prin reducerea ei la trăsăturile esenţiale şi restructurând-o prin modelare şi generalizare;

- prin integrarea afectivităţii şi proceselor mnestice se realizează nu doar interpretarea ci şi îmbogăţirea realităţii şi se facilitează angajarea persoanei în conduite prospective;

- apelează la un ansamblu de procedee de prelucrare a informaţiilor denumite ***operaţiile gândirii:***

↳ **analiza** – divizarea unui obiect sau fenomen în părţile componente şi delimitarea esenţialului de neesenţial;

↳ **sinteza –** opusă analizei, care realizează reconstruirea obiectului ca întreg prin reunirea însuşirilor sale esenţiale;

↳ **comparaţia** – distinge asemănările şi deosebirile dintre obiectele şi fenomenele analizate;

↳ **abstractizarea** – prin care se desprind anumite însuşiri ale unui obiect sau fenomen – considerat esenţial – şi sunt ignorate celelalte;

↳ **concretizarea** – operaţia inversă prin care descrierea unui obiect sau fenomen se face în toată varietatea atributelor sale;

↳ **generalizarea** – trecerea de la reflectarea unui obiect sau fenomen la o categorie de obiecte sau fenomene pe baza unor însuşiri comune şi esenţiale;

↳ **sistematizarea** – clasificarea şi ierarhizarea obiectelor şi fenomenelor pe baza însuşirilor comune şi a celor particulare.

- prin operaţiile descrise – care se desfăşoară într-o plurivalentă interdependenţă – se conferă procesului de reflectare a realităţii un caracter dinamic, de la simplu la complex, de la necunoscut la cunoscut. Operaţiile descrise implică aportul noţiunilor;

- ***noţiunea:***

↳ *concept care concentrează însuşirile comune şi esenţiale ale obiectelor şi fenomenelor permiţând depozitarea informaţiilor;*

↳ prin corelarea activă a noţiunilor se realizează ***judecăţile*** care:

- *permit stabilirea de raporturi între obiectele şi fenomenele realităţii prin afirmaţii sau negaţii care exprimă adevărul sau falsul;*
- depind de nivelul intelectual şi educaţional, de structura personalităţii şi de experienţa biografică a subiectului;
- se asociază şi formează ***raţionamente:***
  - *structuri logice, independente de experienţă, care reprezintă suportul cunoaşterii şi integrează judecăţile;*
  - pot fi:
    - inductive;
    - deductive;
    - prin analogie.

- *dezvoltarea gândirii începe de la vârsta de un an*, paralel cu aceea a limbajului, apelând iniţial la reprezentări concrete ale obiectelor şi fenomenelor;

- prin implicarea în diverse activităţi, de la cele ludice până la cele care vizează dezvoltarea aptitudinior subiectului, sunt cultivate spiritul de observaţie, intuiţia şi apelul la modele de reguli în rezolvarea situaţiilor problematice şi ca urmare se structurează capacitatea de construcţie mintală – deci de înţelegere – a unei acţiuni sau a unei situaţii;

- sunt descrise – ca tipuri de legături temporare între noţiuni – ***asociaţiile:***

↳ ***prin contiguitate*** – între noţiunile prezentate simultan sau succesiv dar coexistente în spaţiu şi timp;

↳ ***prin asemănare,*** având ca variante *rima* şi *asonanţa* – asocierea între noţiuni care seamănă ca formă dar se deosebesc în conţinut;

↳ ***prin contrast*** – între noţiuni cu conţinut opus;

↳ ***prin cauzalitate*** – sunt cele mai complexe prin faptul că exprimă legătura dintre un fenomen şi factorul său declanşator.

- *după tipurile de asociaţii dominante există:*

↳ ***gândirea asociativ-mecanică*** – bazată pe asociaţii prin contiguitate şi asemănare şi exprimată prin fraze lungi, adesea cu bogată încărcătură afectivă;

↳ ***gândirea asociativ-logică*** – bazată pe asociaţii prin conţinut şi cauzalitate şi exprimată prin fraze scurte şi clare.

TULBURĂRILE GÂNDIRII

Tulburările ritmului şi coerenţei gândirii:

- ***accelerarea ritmului gândirii***, cu multiplicarea numărului asociaţiilor care devin mai superficiale = ***tahipsihie*** când se asociază şi o dispoziţie expansivă;

↳ în formele severe datorită şi digresiunilor apare ***fuga de idei,*** care atunci când asociaţiile îşi pierd total legătura devine extremă şi poartă numele de ***incoerenţă ideativă;***

↳ tulburările corespunzătoare ale limbajului sunt:

- *tahifemia* sau *logoreea*;
- *salata de cuvinte*;
- *verbigeraţia* = repetarea stereotipă a unor cuvinte, propoziţii sau fraze neinteligibile.

↳ se întâlneşte în:

- stările de uşoară intoxicaţie cu nicotină, cofeină, amfetamine, alcool, canabis;
- surmenajul sever;
- episodul maniacal;
- debutul paraliziei generale progresive.

↳ o formă particulară este *mentismul* care este simultan şi o tulburare mnestică şi reprezintă o desfăşurare incoercibilă şi tumultuoasă a ideilor la care subiectul asistă pasiv, din:

- stările de intensă trăire afectivă;
- surmenaj;
- intoxicaţiile uşoare;
- schizofrenii.

- ***diminuarea ritmului gândirii:***

↳ presupune o exprimare şi răspunsuri lente – ***bradilalie***, cu tendinţă la repetarea întrebărilor sau la întrebări cu voce tare;

↳ se întâlneşte în:

- stările confuzionale;
- stările de surmenaj;
- depresii;
- schizofrenii;
- oligofrenii;
- demenţe;
- psihosindroamele posttraumatice;
- boala PARKINSON;

↳ lentoarea ideativă apare şi în alte variante:

- ***fadingul mintal*** – încetinirea progresivă a ritmului gândirii şi a celui verbal – în:
  - depresie;
  - schizofrenie.

- ***barajul mintal*** – oprirea bruscă a cursului gândirii cu reluarea după un interval de timp variabil a aceleiaşi teme sau a alteia – semn patognomonic în schizofrenii, descris şi în tulburările isterice şi la personalităţile omonime;
- ***vâscozitatea*** – încetinirea ritmului gândirii şi îngreunarea asociaţiilor ideative – în:
  - stările confuzive;
  - epilepsie.
- ***perseverarea*** – inerţie ideatorie cu aderenţă la o idee ce trebuia înlocuită.
- ***ruminaţia mintală –*** perseverare monotematică de durată, obositoare şi anxiogenă – în:
  - neurastenie,
  - nevrozele obsesive şi la personalităţile obsesiv-compulsive.
- ***anideaţia*** – dispariţia aproape totală a fluxului ideativ care devine uneori imposibil de obiectivat – în:
  - stările comatoase;
  - idioţie;
  - demenţe.

Tulburările predominant calitative:

- ***perturbările asociaţiilor ideative***, includ:
  - ***asociaţiile superficiale:***
    - au caracter mecanic şi o desfăşurare semiautomată;
    - se întâlnesc în:
      - episoadele maniacale;
      - schizofrenie;
      - oligofrenie;
      - demenţe.
  - ***asociaţiile circumstanţiale*:**
    - au caracter formal şi ignoră conţinutul gândirii;
    - apar în:
      - epilepsie;
      - demenţe;
      - schizofrenie.
  - ***asociaţiile polarizate:***
    - reunesc conţinutul gândirii în jurul unei teme dominante;
    - apar în:
      - tulburarea obsesiv-compulsivă;
      - tulburarea nevrotică fobică;
      - tulburările psihotice cronice delirante.
  - ***asociaţiile bizare:***

- apar brusc, fără legătură cu contextul şi determină fragmentarea gândirii;
- apar în:
    - schizofrenie;
    - isterie.

- ***incoerenţa ideativă:***
    - pierderea legăturii dintre noţiuni, propoziţii şi fraze, a căror succesiune devine întâmplătoare;
    - apare în:
        - stările confuzive;
        - episoadele maniacale;
        - schizofrenie;
        - demenţe.
- ***raţionalismul morbid:***
    - detaşarea conţinutului gândirii de concret prin *dezvoltarea unor judecăţi şi raţionamente extrem de minuţioase şi riguroase, care sunt însă în mod paradoxal lipsite de importanţă;*
    - apare în:
        - tulburarea obsesiv-compulsivă;
        - tulburarea nevrotică fobică;
        - debutul psihozelor schizofrenice şi cronice delirante.
- ***autismul:***
    - gândire ruptă de realitatea obiectivă şi concentrată spre lumea internă subiectivă, însoţită şi de rigiditate şi decolorare afectivă;
    - reprezintă un semn patognomonic în schizofrenii.
- ***ideile dominante:***
    - *idei detaşate de context, care se impun în mod tranzitoriu gândirii* şi pot fi legate de anumite particularităţi ale personalităţii subiectului;
    - apar în condiţii normale în cadrul unor preocupări concrete sau în mod reactiv după psihotraume, fiind favorizate de oboseală şi consumul de alcool.
- ***ideile obsesive:***
    - *idei care asediază şi invadează gândirea, fiind recunoscute şi resimţite ca străine de către subiect deoarece contrastează atât cu personalitatea acestuia, cât şi cu situaţia dată;*
    - induc trăiri anxioase, penibile iar subiectul face un efort voluntar permanent pentru a le îndepărta;
    - au ca variante:
        - *îndoielile şi scrupulele obsesive* – verificări repetate ale unor acte sau conţinuturi ideative datorită hiperconştientizării posibilităţii de a greşi;

- *amintirile şi reprezentările obsesive* – legate de evenimente de viaţă sau trăiri cu încărcătură afectivă negativă şi desprinse de situaţia momentană;
- *ruminaţiile obsesive* – preocupări abstracte, nerezolvabile, extrem de chinuitoare pe teme precum: de ce şi dacă există Dumnezeu, viaţa extraterestră, suflet, nemurire;
- *ideile de contrast* – contrastează cu sistemul etic, cu valorile şi sentimentele subiectului;
- *onomatomania* – nevoia imperioasă de a-şi aminti nume sau termeni acontextuali;
- *aritmomania* – tendinţa de a număra sau de a face operaţii aritmetice legate de obiectele sau fiinţele din jur;
- *compulsiunile sau intenţiile de act obsesive* – preocupări intense însoţite de o tensiune psihică insuportabilă – de a executa *acţiuni ridicole, lipsite de sens, care rămân doar ca reprezentări mintale fiind substituite cu acte stereotipe cu efect anxiolitic numite ritualuri.* Apar în:
  - stările de surmenaj;
  - tulburarea obsesiv-compulsivă;
  - tulburările nevrotice fobice;

  şi la:
  - personalităţi anxios-evitante;
  - personalităţi dependente;
  - personalităţi obsesiv-compulsive.

➥ ***ideile prevalente:***

- *idei care domină câmpul conştiinţei, nu sunt în concordanţă cu realitatea, dar monopolizează şi diferenţiază cursul gândirii;*
- spre deosebire de ideile dominante şi cele obsesive, *nu sunt percepute ca străine* ci fiind în concordanţă cu conţinuturile psihismului devin prevalente, subiectul încercând să le argumenteze în cele mai diverse moduri, prin interpretarea greşită a realităţii de care totuşi încă nu se detaşează;
- se întâlnesc în:
  - psihozele reactive;
  - stările postconfuzionale onirice din toxicomanii;
  - epilepsie;
  - stările prepsihotice.

➥ ***ideile delirante:***

- *judecăţi eronate ale realităţii obiective care domină conştiinţa subiectului şi sunt exprimate prin comportament;*
- *sunt ego-sintone,*

- *apar pe fondul unei stări de conştienţă păstrate*
- *în funcţie de modalităţile de debut şi cele evolutive, pot exista:*
  - ***idei delirante aparent verosimile şi inteligibile*** cu punct de plecare în realitatea trăită de subiect;
  - ***idei delirante absurde, fantastice;***
  - ***idei delirante sistematizate*** şi ***nesistematizate.***
- *după conţinutul tematic se clasifică în:*
  - ***expansive:***
    - *de grandoare* – au ca repere majore mărirea – în sensul hipervalorizării calităţilor personale sau averea – în sensul exagerării posesiunilor personale;
    - *de invenţie* – corespunzătoare convingerii delirante asupra paternităţii şi priorităţii absolute personale aferent unor invenţii de importanţă crucială pentru destinele omenirii;
    - *de reformă* – constau în elaborarea unor planuri deosebite, care vizează binele lumii, a unor sisteme politice sau filozofice cu particularităţi de unicat;
    - *de filiaţie* – reprezintă convingerea subiectului asupra descendenţei din familii sau persoane cu un statut economic, social, politic sau cultural de prim rang;
    - *erotomanice* – constau în convingerea delirantă a subiectului asupra faptului că este iubit de o persoană cu o poziţie socio-economică sau cu aptitudini deosebite şi net superioare lui; asociază o stare de exaltare şi polarizare afectivă, care determină un comportament exclusivist ce oscilează între pasivitatea admirativă şi atitudini expectative respectiv acţiuni şi reacţii răzbunătoare şi ostile;
    - *mistice sau religioase* – constau în convingerea absolută a subiectului asupra faptului că datorită calităţilor sale spirituale este purtătorul unui mesaj divin, transcendental, conform căruia trebuie să instaureze pacea şi armonia universală şi să ducă la bun sfârşit misiuni de ordin religios;
    - se întâlnesc în:
      - episoadele maniacale de diverse etiologii;
      - paralizia generală progresivă;
      - schizofrenia paranoidă;
      - paranoia;
      - parafrenii.

- ***micromanice:***
  - *depresive* – constau în preocupări incorigibile de autodevalorizare, având ca subiect starea psihică, cea somatică şi funcţionarea în roluri;
  - *de autoacuzare şi autoculpabilizare* – referitoare la asumarea absolută a responsabilităţii pentru situaţia dezastruoasă în care se află subiectul, persoanele apropiate şi relaţiile dintre ele; culminează în tentative autolitice sau heterosuicidare = omorul altruist;
  - *de persecuţie* – se referă la convingerea delirantă a subiectului asupra faptului că este urmărit, comentat în acţiunile sale, fiind victima unui potenţial complot pe care într-o primă fază încearcă să-l evite, dar ulterior poate recurge la plângeri, acuzaţii, acţiuni reclamative, ostile şi chiar antisociale, realizând tranziţia de la "persecutat" la "persecutor";
  - *de revendicare* – sunt expresia convingerii de nezdruncinat asupra faptului că subiectul a fost nedreptăţit sau frustrat în diverse situaţii şi roluri, induc un comportament activ de reabilitare şi de obţinere a beneficiilor materiale sau morale, care presupune reclamaţii, procese sau acţiuni violente şi criminale;
  - *de relaţie* – se referă la convingerea subiectului că persoanele din jur îl influenţează şi-l comentează negativ, corespunzător calităţilor, atitudinilor şi performanţelor sale;
  - *de transformare şi posesiune zoopatică* – conţin convingeri absurde având ca tematică transformarea corporală totală sau parţială într-o fiinţă animală;
  - *hipocondriace:*
    - se referă la convingerea delirantă asupra ameninţării sau prezenţei unei boli cu evoluţie gravă, invalidantă;
    - asociază tulburări de percepţie de tipul cenestopatiilor şi halucinaţiilor şi o stare afectivă depresiv-anxioasă;
  - *de negaţie:*
    - include convingeri patologice absurde referitoare la imposibilitatea funcţionării unor aparate sau sisteme ale organismului la care se asociază în sens autoculpabilizator credinţa în condamnarea la o viaţă veşnică;
    - triada formată din ideile delirante de negaţie, enormitate şi imortalitate nefericită – **sindromul COTARD;**
  - se întâlnesc în:
    - depresiile psihotice şi involutive;
    - schizofrenii;

- paranoia;
- parafrenii;
- demenţe;
- stări confuzive de natură toxică sau infecţioasă.

- ***mixte*** – au un conţinut ideativ şi un suport afectiv ambiguu, dominate de bizar şi absurd şi includ ideile delirante:
  - *de influenţă* – interpretări patologice ale existenţei personale aflate sub controlul unor forţe exterioare, xenopatice, care influenţează negativ gândirea, stările afective şi comportamentul subiectului;
  - *metafizice şi cosmogonice, fantastice* sau *de imaginaţie*:
    - cu preocupări referitoare la originea vieţii, a sufletului, la metempsihoză;
    - au o extremă diversitate şi amploare tematică care se desfăşoară în condiţiile coexistenţei cu lumea reală şi asociază elemente halucinatorii.
  - se întâlnesc în:
    - schizofrenii;
    - parafrenia fantastică;
    - psihoze de natură toxică;
    - patologia involutivă.

-mai sunt descrise:

- ***ideile delirante induse:***
  - *conţinuturile ideative patologice însuşite de către un subiect de la o persoană de care este dominat afectiv-volitiv, intelectual sau ca poziţie socială* şi faţă de care se află într-o relaţie de convieţuire sau de dependenţă conjuncturală mai îndelungată;
  - presupun şi însuşirea comportamentului delirant al inductorului, scindarea cuplului fiind adesea singura atitudine terapeutică viabilă;
  - se întâlnesc în delirurile interpretative sau pasionale de tip paranoic.
- ***ideile delirante reziduale:***
  - idei delirante cu statut de simptom unic, care persistă după estomparea tuturor celorlalte simptome psihotice;
  - *cedează în câteva zile şi devin sensibile la contraargumente.*

IMAGINAŢIA ŞI TULBURĂRILE EI

IMAGINAŢIA:

- ***funcţia psihică prin intermediul căreia se realizează prelucrarea şi transformarea ideilor şi reprezentărilor cu scopul creării altora noi, pornindu-se de la obiecte, fenomene şi experienţe reale sau inexistente;***

- este susţinută de operaţiile gândirii şi permite prospectarea viitorului, a unui alt trecut sau a unui alt prezent;

- *are strânse interferenţe cu afectivitatea, cu motivaţiile subiectului şi poate fi caracteristică a personalităţii,* situaţie în care cele mai abstracte idei se transformă în imagini senzoriale;

- are două variante:

  - ***pasivă sau neintenţională*** – visul şi stările de reverie;
  - ***activă sau intenţională*** – include reproducerile mnestice, proiectarea mentală în viitor a dorinţelor şi aspiraţiilor personale şi potenţialul creativ condiţionat şi socio-cultural.

TULBURĂRILE IMAGINAŢIEI

- *sunt dependente de cele ale gândirii;*
- sunt reprezentate de:
  - ***scăderea imaginaţiei*** – în:
    - -oligofrenii;
    - -demenţe;
    - -psihosindroamele organice;
    - -stările confuzive;
    - -depresii;
    - -tulburarea obsesiv-compulsivă.
  - ***exaltarea imaginaţiei*** – în:
    - -stările de intoxicaţie uşoară;
    - -schizofrenia paranoidă;
    - -psihozele cronice delirante;
    - -episoadele maniacale.
    - are ca formă particulară ***mitomania sau pseudologia fantastică:***
      - *implică supraestimarea propriei persoane şi falsitatea conţinutului relatărilor vizând impresionarea anturajului faţă de care mitomanul trăieşte cu teama că nu poate realiza o legătură interpersonală decât prin intermediul fabulaţiei;*
      - în cazul unor eşecuri repetate mitomanul – care de fapt simte şi acţionează naiv, ca un debutant perpetuu – se retrage sau apelează la conduite parasuicidare;
      - sunt descrise ca forme clinice:
        - mitomania vanitoasă;

- mitomania perversă;
- mitomania malignă.

- trebuie diferenţiată de minciună, şarlatanie şi de confabulaţii;
- este descrisă în diferite tablouri psihopatologice sau ca şi atribut al personalităţilor cu trăsături isterice sau narcisice;
- se mai întâlneşte în mod compensator la persoane cu un comportament sexual aberant şi în oligofreniile uşoare.

- ***simulaţia:***
  - *falsificarea stării reale de sănătate cu mimarea unor suferinţe somatice sau psihice,* în vederea obţinerii unui beneficiu material, afectiv sau moral;
  - depinde de nivelul intelectual şi cultural, precum şi de experienţa de viaţă a subiectului şi a anturajului;
  - se descrie clasic în tulburările isterice şi în oligofrenii.
- ***suprasimulaţia*** *– amplificarea unei suferinţe somatice sau psihice reale;*
- ***metasimulaţia*** *– perseverarea în afişarea unor simptome somatice sau psihopatologice* după ce subiectul s-a refăcut, cu scopul obţinerii unor beneficii;
- ***disimulaţia:***
  - *mascarea unor simptome psihice sau fizice prin acuze de alt tip* în vederea evitării unei intervenţii terapeutice, obţinerii unui beneficiu sau materializării unor conţinuturi patologice ale psihismului;
  - *sunt descrie potenţialul disimulativ al pacienţilor cu depresii delirante aferent preocupărilor suicidare şi tendinţa de ascundere a derapajului cognitiv de către pacienţii aflaţi în faza incipientă a unui proces demenţial.*

SEMIOLOGIA FUNCȚIILOR PSIHICE DINAMIZATOARE

AFECTIVITATEA ŞI TULBURĂRILE EI

AFECTIVITATEA:

- funcţia psihică cel mai intim legată de personalitate, care exprimă subiectivitatea omului şi caracteristicile sale de originalitate şi unicitate în lume;

- reprezintă o formă de *manifestare diferenţiată a atitudinii persoanei umane faţă de evenimentele existenţiale* aparţinând prezentului, trecutului sau viitorului şi în general faţă de componentele realităţii înconjurătoare;

- *stările afective sunt condiţionate bio-fiziologic şi socio-cultural,* fiind descrise din această perspectivă două nivele ale afectivităţii:

- ***trăirile afective primare*:**
  - au ca bază neurobiochimică formaţiunile subcorticale şi sistemele de neurotransmiţători şi sunt legate de viaţa instinctuală;
  - includ:
    - ***dispoziţia*** *– starea afectivă de fond, de intensitate şi durată medie care constituie rezultanta tuturor stimulilor extero-, intero- şi proprioceptivi, conştientizaţi sau insuficient conştientizaţi;*
    - ***emoţiile****:*
      - *stări afective particulare şi specifice care exprimă raportul dintre subiect şi componentele realităţii înconjurătoare;*
      - pot fi de scurtă sau de lungă durată iar intensitatea medie a trăirilor afective permite aprecierea logică şi conştientizarea semnificaţiei fenomenelor;
      - sunt descrise în funcţie de nivelul de satisfacere a dorinţelor şi trebuinţelor personale şi de efectul lor mobilizator:
        - *emoţii pozitive* – bucuria, plăcerea;
        - *emoţii negative* – tristeţea, frica;
        - *emoţii stenice* – cresc randamentul psihic;
        - *emoţii astenice* – scad capacitatea de efort psihic.
    - ***afectele*** *– trăiri afective intense cu debut brusc şi desfăşurare tumultuoasă*, însoţite de modificări mimico-pantomimice şi neuro-vegetative şi de alterarea stării de luciditate sau de îngustarea câmpului conştiinţei, fiind afectat discernământul subiectului.

- ***trăirile afective secundare*:**
  - au ca bază neurofiziologică cortexul cerebral, fiind o rezultantă a coalizării proceselor cognitive şi a însuşirii normelor morale şi valorice ale unei socio-culturi;
  - includ:
    - ***sentimentele**:*
      - *trăirile afective cele mai complexe, consistente şi stabile,* care au întotdeauna un subiect bine definit şi antrenează activitatea voluntară şi procesele cognitive;
      - pot fi de o extremă diversitate, de la cele direcţionate individual – de prietenie, dragoste, până la cele colective al dragostei de ţară sau al datoriei şi încadrabile în triada formată din *sentimentele intelectuale, estetice şi etico-morale*.
    - ***pasiunile:***
      - *trăiri afective elaborate,* mai intense şi mai angajante decât sentimentele, *care determină conduite ofensive, hiperactive cu un generos suport volitiv şi sunt legate de structura personalităţii subiectului;*
      - există:
        - *pasiuni pozitive*, care asigură progresul individual sau colectiv;
        - *pasiuni negative* degradante şi cu consecinţe antisociale.

În ansamblu, viaţa afectivă este apreciată în funcţie de însuşirile sale dominante – ***sensul*** – pozitiv sau negativ al stărilor afective, ***intensitatea şi stabilitatea*** acestora.

TULBURĂRILE AFECTIVITĂŢII

cantitative:

- **hipertimii pozitive:**
  - ***euforia:***
    - *stare de exagerare pozitivă a dispoziţiei, de veselie, satisfacţie şi optimism, însoţită de tahipsihie, logoree, idei macromanice instabile, dezinhibiţie instinctuală şi hiperactivism puţin eficient* – ca repere majore ale sindromului maniacal;
    - se întâlneşte în:
      - intoxicaţiile uşoare;
      - manie;
      - hipomanie;
      - psihosindroamele organice pe fond:
        - vascular;
        - hipertensiv;

- traumatic.
- oligofrenii;
- demenţele luetice;
- demenţele senile.

➥ ***moria:***

- *euforie atipică, puţin expansivă şi necontagioasă, cu familiarităţi puerile şi calambururi;*
- este descrisă în leziunile şi tumorile lobului frontal.

➥ ***extazul:***

- *stare de beatitudine, de reverie fericită, puţin contagioasă;*
- apare în:
  - intoxicaţiile cu substanţe psihodisleptice;
  - psihozele cronice delirante;
  - isterie;
  - epilepsie.

- **hipertimii negative:**

➥ ***depresia:***

- stare de *exagerare negativă a dispoziţiei, de tristeţe, nemulţumire şi pesimism,* însoţite de *idei micromanice* de diverse intensităţi, *culminând cu cele de autoculpabilizare şi autosuprimare, bradilalie, modificări mimice şi pantomimice congruente cu starea afectivă, inactivism* – ca repere dominante ale sindromului depresiv;
- are ca formă extremă *anestezia psihică dureroasă – pierderea capacităţii de rezonanţă afectivă* de a se bucura sau întrista, însoţită de durerea morală a subiectului, care "suferă pentru că nu mai poate suferi" – din depresiile psihotice şi fazele de debut sau remisionale ale schizofreniilor;
- are drept complicaţie majoră *raptusul melancolic,* act impulsiv aparent spontan de tip auto- sau heteroagresiv, potenţat de asocierea anxietăţii;
- *poate fi de intensitate nevrotică sau psihotică sau poate fi mascată de simptome somatice;*
- se întâlneşte ca reacţie la evenimente negative ale vieţii – fiind considerat *cel mai comun şi mai frecvent simptom psihopatologic*, în:
  - stările reactive;
  - decompensările unor categorii de personalităţi dizarmonice de tip:
    - afectiv;
    - anxios;
    - obsesiv-compulsiv;
    - narcisic;
    - isteric.
  - psihozele afective unipolare;

- psihozele afective bipolare;
- schizofrenia afectivă;
- tulburările schizoafective;
- patologia involutivă.

↳ ***anxietatea:***

- *teama difuză, fără obiect, desprinsă de concret,* proiectată în viitor şi *însoţită de nelinişte psihică şi motorie şi tulburări neurovegetative* în cadrul sindromului anxios;
- ea este un atribut recunoscut al existenţei umane deoarece poate apare şi în prezenţa unui pericol, dar cu o intensitate total disproporţionată faţă de caracteristicile acestuia;
- în funcţie de intensitate poate avea un *rol adaptativ şi mobilizator* sau *unul inhibitor şi dezorganizant* al psihismului şi conduitei;
- *poate fi stabilă sau fluctuantă ca evoluţie* sau *poate constitui o trăsătură afectivă durabilă a personalităţii;*
- atunci când este însoţită de simptome somatice resimţite penibil la nivelul diferitelor organe şi aparate ale corpului poartă numele de *angoasă* şi devine mai mult actuală decât potenţială şi mai mult trăită decât gândită, facilitând tranziţia spre patologia fobică;
- se întâlneşte în:
  - tulburări nevrotice;
  - decompensările unor personalităţi dizarmonice;
  - depresii – cvasiconstant în cele involutive;
  - debutul psihozelor;
  - toxicomanii;
  - tulburările psihopatologice din:
    - boli endocrine;
    - boli infecţioase;
    - perioada puerperală.

↳ ***labilitatea afectivă:***

- *variaţia dispoziţiei între polul euforic şi cel depresiv;*
- se descrie în:
  - hipomanie;
  - manie;
  - oligofrenii;
  - demenţe şi
  - la personalităţi dizarmonice de tip:
    - borderline;
    - isteric;
    - afectiv ciclotim.

- ***incontinenţa emotivă:***
  - *trecerea bruscă, incoercibilă de la o stare afectivă la alta, opusă ei;*
  - poate apare în:
    - tulburările psihopatologice din ateroscleroza cerebrală;
    - demenţe şi
    - isterie.
- ***disforia:***
  - *tulburare mixtă de afectivitate care asociază tristeţea, anxietatea şi starea de disconfort somatic cu neliniştea psihomotorie, logoreea şi manifestări coleroase;*
  - poate apare în:
    - toxicomanii – cu precădere în perioadele de sevraj;
    - alcoolismul cronic;
    - psihosindroamele organice posttraumatice şi postencefalitice;
    - perioadele intercritice din epilepsie.

- **hipotimiile:**
  - *scăderea de intensitate variabilă a intensităţii trăirilor afective şi a capacităţilor de modulare afectivă*, mergând până la indiferenţă sau dezinteres şi apatie faţă de sine şi faţă de lumea din jur; *asociază reducerea expresivităţii mimice;*
  - se întâlnesc în:
    - oligofrenii;
    - psihosindroamele organice deteriorative de diverse etiologii;
    - stările confuzive de diverse etiologii.
- **atimia:**
  - *forma extremă de indiferentism cu abolirea capacităţii de rezonanţă afectivă şi scăderea severă a tonusului afectiv, însoţită de inexpresivitate mimico-pantomimică;*
  - este descrisă în:
    - idioţie;
    - demenţe;
    - stări catatonice;
    - stări confuzionale grave şi în cele de defect schizofren.
  - ilustrează întotdeauna o suferinţă somatică sau psihică severă.

calitative denumite **paratimii:**

- *reacţii afective aberante, imprevizibile sau paradoxale faţă de motivaţia dominantă a subiectului sau faţă de situaţia dată;*
- se întâlnesc în:
  - reacţiile psihopatologice şi

- în mod patognomonic în schizofrenii.

- includ şi:
  - ***ambivalenţa afectivă:***
    - coexistenţa simultană a două stări afective opuse calitativ: dragoste-ură;
    - apare:
      - la vârsta a treia pe fondul scăderii libidoului şi
      - în schizofrenii.
  - ***inversiunea afectivă:***
    - substituirea sentimentelor existente cu trăiri afective opuse, însoţită de manifestări de ostilitate;
    - apare în:
      - schizofrenii;
      - parafrenii;
      - paranoia conjugală.

SEMIOLOGIA VIEŢII INSTINCTUALE

INSTINCTELE:

- ***complexe de însuşiri moştenite ereditar care corespund nevoilor biologice ale individului şi asigură păstrarea integrităţii sale morfologice şi funcţionale;***

- *au o bază neurofiziologică complexă înnăscută şi permit păstrarea însuşirilor specifice speciei, fiind însă supuse controlului voluntar şi normelor sociale;*

- **se clasifică** în ***instincte corespunzătoare integrităţii:***
  - individului:
    - alimentar;
    - de apărare;
  - speciei:
    - de reproducere;
    - matern.

Tulburările instinctului alimentar:

- ***exagerarea:***
  - ***polifagia:***
    - *creştere a apetitului de aspectul unei lăcomii excesive,* însoţită de ingerarea unor substanţe nealimentare, în care starea de saţietate este atinsă tardiv;
    - este descrisă în:
      - schizofrenii,

- oligofreniile severe,
- demenţe şi la
- personalităţi dizarmonice de tip borderline, anxios, obsesiv-compulsiv.

↳ ***bulimia:***

❑ *creşterea apetitului în care foamea nu poate fi satisfăcută;*

❑ se descrie în:

- leziuni organice cerebrale,
- tumori diencefalice,
- episoadele maniacale,
- hipertiroidism.

↳ ***potomania:***

❑ *creştere a cantităţii de lichide ingerate,* în absenţa unor cauze organice, precum diabetul zaharat sau insipid;

❑ se întâlneşte la personalităţi dizarmonice de tip isteric şi borderline.

- ***diminuarea până la abolire***:

↳ ***anorexia mintală:***

❑ apare la fetele tinere de 15-18 ani, cu trăsături accentuate de personalitate de tip schizoid, isteric, obsesiv sau cu o imaturitate afectiv-comportamentală întreţinută de deficienţele raporturilor interpersonale cu mama;

❑ se asociază scăderea ponderală, amenoreea şi păstrarea sau chiar exagerarea compensatorie a activismului;

❑ sugerează teama de asumare a responsabilităţilor şi rolurilor personale şi poate constitui o modalitate de debut pentru psihozele schizofrenice.

↳ ***anorexia simptomatică:***

❑ apare în cadrul unor tablouri psihopatologice de tip depresiv, isteric, anxios, hipocondriac, fobic şi obsesiv, de intensitate nevrotică, având semnificaţie contextuală.

↳ ***sitiofobia:***

❑ *refuzul alimentar* datorat tulburărilor de tip halucinator-delirant;

❑ este descrisă în:

- psihozele depresive;
- psihozele schizofrenice;
- psihozele paranoice;
- demenţe;
- stări confuzive.

- ***pervertirea:***

↳ ***opsomania:***

- ❑ *dorinţa nestăvilită de a abuza de dulciuri;*
- ❑ este descrisă la personalităţi şi în stări anxioase.

↳ ***pica:***

- ❑ *consumul preferenţial de alimente foarte sărate sau iuţi şi a unor substanţe nealimentare* – săpun, cretă, pastă de dinţi, cărbune;
- ❑ apare la femeile gravide şi dispare după naştere.

↳ ***coprofagia, aerofagia şi geofagia:***

- ❑ ingerarea de excremente, aer sau pământ;
- ❑ se descriu în:
  - oligofrenii şi
  - dementele grave.

↳ ***mericismul:***

- ❑ *rumegarea alimentelor odată ingerate după ce în prealabil au fost readuse în gură;*
- ❑ se întâlneşte în:
  - oligofrenii;
  - demenţe;
  - schizofreniile cronicizate.

Tulburările instinctului de apărare:

- ***exagerarea:***
  - ↳ nevoia crescută de autoconservare;
  - ↳ se descrie:
    - ❑ la personalităţi paranoice, narcisice, isterice, anxioase şi dependente;
    - ❑ în tulburările hipocondriace şi fobice
- ***diminuarea:***
  - ↳ *scăderea sau abolirea capacităţilor de autoconservare – cu ignorarea pericolelor şi a hazardului;*
  - ↳ se descrie în:
    - ❑ depresiile de diverse etiologii;
    - ❑ reacţii psihopatologice;
    - ❑ psihozele schizofrenice;
    - ❑ epilepsie;
    - ❑ alcoolism şi toxicomanii.
  - ↳ culminează cu *ideaţia şi tentativele suicidare*:
    - ❑ *îngustarea câmpului conştiinţei însoţită de judecăţi şi raţionamente micromanice, intens autodevalorizante care conduc subiectul spre o unică opţiune – actul autosuprimării;*

- ❑ acesta este precedat de reprezentări mentale specifice, ignorarea rolurilor şi evitarea raporturilor interpersonale, subiectul fiind conştient întotdeauna de consecinţele gestului său.

↳ includ şi – *tentativele parasuicidare sau falsele sinucideri*:

- ❑ *tentative autolitice sau automutilante cu semnificaţii simbolice* care vizează impresionarea anturajului şi/sau obţinerea unor beneficii;
- ❑ la personalităţi imature, cu trăsături isterice, în tulburările isterice şi hipocondriace;
- ❑ exclud:
  - *sinuciderile accidentale* – din stările confuzive, oligofrenii, demenţe;
  - *sinuciderile "cronice"* – din alcoolism şi toxicomanii;
  - *sinuciderile imperative* – din episoadele psihotice halucinator-delirante.

Tulburările instinctului de reproducere sau sexual:

- sunt influenţate şi de participarea afectivităţii în viaţa sexuală – căreia îi asociază astfel şi o *funcţie erotică* – alături de contribuţia normelor şi reglementărilor morale comunitare;

- *sunt considerate patologice atunci când reprezintă modalitatea unică sau dominantă de desfăşurare a vieţii sexuale şi perturbă comportamentul, eficienţa în roluri şi relaţiile interpersonale ale subiectului;*

- se clasifică în:

***a)* anomalii în alegerea obiectului sexualităţii:**

↳ comportamente sexuale aberante induse de incapacitatea de a obţine orgasmul prin modalităţile obişnuite – ***perversiuni sexuale;***

↳ se întâlnesc în:

-tulburări nevrotice;
-episoade maniacale;
-oligofrenii;
-demenţe;
-toxicomanii;
-tumori fronto-temporale;
-personalităţi dizarmonice.

- ***anomalii în alegerea partenerului*** care cuprind:

↳ ***autoerotismul sau masturbarea:***

- ❑ autosatisfacţia erotică;
- ❑ apar în:

-tulburări nevrotice;
-oligofrenii;
-demenţe;

-schizofrenii şi la

-personalităţi de tip schizoid şi schizotipal;

- ❑ nu are semnificaţie patologică la începutul vieţii sexuale şi în condiţii de izolare.

- ***homosexualitatea:***
  - ❑ atracţie erotică între persoane de acelaşi sex, însoţită sau nu de acte sexuale în care unul joacă rolul sexului opus;
  - ❑ poartă denumirea de ***uranism sau pederastie*** la sexul masculin şi de ***lesbianism sau safism*** la sexul feminin;
- ***pedofilia*** – atracţia sexuală faţă de copii de acelaşi sex sau de sex opus;
- ***gerontofilia*** – atracţia sexuală faţă de persoane mult mai în vârstă;
- ***necrofilia*** – atracţie şi practici sexuale faţă de cadavre;
- ***zoofilia sau bestialitatea*** – întreţinerea de acte sexuale cu animale sau păsări;
- ***incestul*** – întreţinerea de raporturi sexuale cu rude de gradul I.

- ***anomalii în desfăşurarea actului sexual:***
  - ***sadismul*** – obţinerea satisfacţiei sexuale doar prin provocarea de suferinţe partenerului;
  - ***masochismul*** – obţinerea satisfacţiei sexuale doar atunci când subiectul este batjocorit, umilit sau chinuit fizic în diverse moduri;
  - ***sado-masochismul*** – asocierea variantelor descrise, dominantă ca frecvenţă;
  - ***voaieurismul sau scaptofilia*** – obţinerea satisfacţiei sexuale – în afara practicării actului – prin contemplarea raporturilor sexuale dintre alte persoane;
  - ***exhibiţionismul*** – cultivarea plăcerii sexuale prin expunerea în public a organelor genitale sau a diverselor zone erogene;
  - ***fetişismul*** – căutarea satisfacţiei sexuale în contactul cu obiecte, de obicei de îmbrăcăminte sau lenjerie intimă – aparţinând unor persoane cunoscute sau necunoscute;
  - ***pygmalionismul*** – obţinerea satisfacţiei erotice prin contacte apropiate cu statui sau grupuri statuare.

b) anomalii în realizarea actului sexual:

- ***hipersexualitatea –*** exagerarea manifestărilor instinctului sexual, include ca variante:
  - ***satiriazisul*** – la sexul masculin;
  - ***nimfomania*** – la sexul feminin;
  - o formă particulară o reprezintă ***donjuanismul*** sau ***ginecomania:***
    - ❑ atracţie imperioasă faţă de sexul feminin dar lipsită de substrat afectiv, cu incapacitatea de a stabili raporturi durabile şi asocierea fobiei faţă de căsătorie – ***gamofobie;***
    - ❑ se descrie în asociere cu diverse forme de inhibiţie sexuală şi la personalităţi dizarmonice, în oligofrenii, hipomanie şi manie.

- ***hiposexualitatea*** – scăderea capacităţilor sexuale:
  - ***impotenţa*** – la bărbat:
    - poate fi totală sau parţială prin:
      - absenţa dorinţei sexuale;
      - absenţa sau incompletitudinea erecţiei;
      - ejaculare precoce;
      - absenţa orgasmului cu sau fără ejaculare.
    - apare:
      - la personalităţi imature sau dizarmonice;
      - în tulburări nevrotice;
      - în depresii persistente sau reactive;
      - în psihozele afective unipolare;
      - în schizofrenii;
      - în alcoolism;
      - în perversiunile sexuale;
      - secundar unei anumite terapii medicamentoase.
  - ***frigiditatea:***
    - la femeie, care poate fi însoţită de:
      - *dispareunie* – durere în timpul sau după desfăşurarea actului sexual;
      - *vaginism* – spasm involuntar al treimii externe a vaginului;
    - se descrie în:
      - reacţii psihopatologice;
      - tulburări nevrotice;
      - depresii;
      - schizofrenii şi la
      - personalităţi dizarmonice de tip isteric, borderline, anxios şi evitant.

Tulburările instinctului matern:

- ***exagerarea*:**
  - cu un comportament hiperprotector faţă de copil;
  - apare la mamele cu trăsături psihotipale de tip anxios sau obsesiv.
- ***diminuarea***:
  - apare la mamele cu trăsături narcisice, isterice, obsesiv-compulsive sau schizoide;
  - este adeseori confirmată corelaţia inversă dintre comportamentul erotic şi maternitate.
- ***pervertirea*** care presupune:
  - ***abandonul copilului*** – apare în:
    - reacţii psihopatologice;

- oligofrenii şi la
- personalităţi imature.

- ***infanticidul*** – apare în:
  - psihoze puerperale;
  - oligofrenii;
  - schizofrenii;
  - depresii delirante;
  - toxicomanii.

SEMIOLOGIA FUNCȚIILOR PSIHICE EFECTORII

VOINŢA ŞI TULBURĂRILE EI

VOINŢA:

- ***funcţia psihică prin intermediul căreia se realizează în mod conştient trecerea de la o idee sau raţionament la declanşarea sau inhibiţia unei activităţi, în vederea realizării unui scop anume;***

- aferent scopului propus, permite depăşirea unor obstacole interne sau externe şi este strâns legată de:

  - ***afectivitate*** – care îi asigură suportul dinamico-energetic;
  - ***funcţiile de cunoaştere*** – care oferă informaţiile necesare formulării scopurilor personale;
  - ***motivaţie – coalizează totalitatea cauzelor mintale sau mobilurilor interne ale conduitei:***
    - ***ce pot fi:***
      - *înnăscute;*
      - *dobândite.*
    - ***de natură:***
      - *biologică;*
      - *materială;*
      - *spirituală.*
    - ***includ:***
      - *trebuinţele fiziologice;*
      - *idealurile abstracte ale persoanei umane.*
    - ***lupta motivelor:***
      - *generează scopul dominant*:
        - conştientizat întotdeauna;
        - modelat socio-cultural.
      - *marchează debutul efortului volitiv influenţat de:*
        - structura personalităţii;
        - exerciţiu;
        - educaţie.

- are o amplitudine variabilă în funcţie de particularităţile obstacolului care trebuie depăşit;

- are două componente care intervin – în diferite proporţii – dar întotdeauna simultan în actualizarea şi materializarea scopurilor:

  - ***voinţa activă, mobilizatoare*** sau ***de suport –*** care:
    - stă la baza perseverenţei;
    - asigură depăşirea obstacolului.
  - ***voinţa pasivă*** sau ***inhibitorie –*** care:
    - permite controlul tendinţelor impulsive sau a realizării unor acţiuni indezirabile;

- este responsabilă de conduita amânării;
- intervine cu precădere în dirijarea conduitei persoanelor mature, armonios structurate şi conştiente de responsabilităţile ce le revin în diversitatea rolurilor vieţii.

- are ca suport neurofiziologic:
  - cortexul frontal;
  - formaţiunile subcorticale şi conexiunile lor.

- *este condiţionată în mod predominant de mediul social şi cultural, educaţia şi autoeducaţia având o contribuţie majoră.*

Tulburările specifice – disbulii:

- *nu apar niciodată izolate ci sunt consecutive perturbărilor motivaţionale sau unor tulburări cognitive şi afective; sunt:*

- ***cantitative:***
  - ***hiperbulia:***
    - *exagerarea globală a forţei volitive;*
    - se descrie şi este considerată fiziologică la anumite tipuri de personalităţi dominate de tenacitate şi fermitate sau în condiţiile existenţei unei motivaţii puternice legate de scopuri existenţiale deosebite;
    - în patologia psihică este rar întâlnită în adevărata ei accepţiune pentru că suportul motivaţional este mereu dezorganizat;
    - se descriu forme cu caracter particular sau selectiv în:
      - *paranoia* – legată de materializarea interpretărilor delirante;
      - *toxicomanii* – aferent procurării toxicului dar pe un fond hipobulic general;
      - *tulburările obsesivo-fobice* – corespunzător compulsiunilor.
  - ***hipobulia:***
    - *trebuie apreciată în funcţie de starea de oboseală a subiectului şi de aspectul comun, repetitiv sau dimpotrivă nou şi inedit al activităţii;*
    - *scăderea până la dispariţie a forţei volitive şi a capacităţii de acţiune;*
    - este descrisă în:

      -tulburări nevrotice;

      -depresii;

      -manie;

      -toxicomanii;

      -oligofrenii;

      -psihosindroame organice cronice;

      -demenţe şi la

-personalităţile dizarmonice.

- ***abulia:***
  - *abolirea totală a capacităţilor de efort volitiv:*
  - este descrisă în:

    -psihozele depresive – în care previne temporar actul suicidar;

    -schizofrenii – în mod caracteristic în forma catatonică;

    -oligofreniile severe;

    -stadiul final al demenţelor;

    -stările comatoase.

ACTIVITATEA VOLUNTARĂ ȘI TULBURĂRILE EI

ACTIVITATEA VOLUNTARĂ:

- ***se desfăşoară sub controlul voinţei şi al conştiinţei;***
- este condiţionată de caracteristicile temperamental-caracteriale şi de experienţa de viaţă a subiectului;
- *include manifestările normale şi patologice ale privirii, mimicii, ţinutei şi conduitei motorii* ca şi variante ale comunicării non-verbale.

Privirea:

- ***redă în mod spontan conţinuturile ideo-afective ale psihismului;***
- este:
  - *hipermobilă şi fugace* – în:
    - stările de intoxicaţie uşoară cu substanţe psihostimulente;
    - hipomanie;
    - manie.
  - *hipomobilă, ştearsă, absentă* – în:
    - depresii;
    - psihosindroame organice de diverse etiologii;
    - demenţe.
  - *înlăcrimată, temătoare sau larg deschisă* – cu sprâncenele ridicate – în:
    - reacţiile depresive;
    - stările de anxietate şi angoasă.
  - *suspicioasă, ostilă sau dominatoare şi necruţătoare* – în:
    - paranoia şi la
    - personalităţile omonime;
  - *detaşată de realitate, imobilă, bizară* – în schizofrenii şi unele stări confuzive.

Mimica:

- ***cuprinde ansamblul modalităţilor de expresie facială şi este condiţionată de nivelul intelectual, de factorii educaţionali, culturali şi etnici****;*
- modificările ei patologice pot fi:
  - **cantitative:**
    - ***hipermimia:***
      - reprezintă mobilitatea şi expresivitatea accentuată a mimicii;
      - poate avea caracter:
        - *generalizat* – în:
          -stările de intoxicaţie uşoară;
          -hipomanie;
          -manie.
        - *localizat* – în:
          -isterie;
          -episoade delirant-halucinatorii;
          -delirurile expansive şi pasionale.
        - *compensator* – mimică dezinvoltă, nonşalantă a persoanelor cu trăsături anxioase, evitante sau dependente şi cea pseudoironică a persoanelor cu trăsături obsesiv-compulsive dominante.
    - ***hipomimia:***
      - *reprezintă scăderea mobilităţii şi expresivităţii mimice;*
      - se descrie în:
        - depresiile inhibate – stupoarea melancolică;
        - oligofrenii;
        - demenţe;
        - sindroamele catatonice de diverse etiologii;
        - paralizia generală progresivă = *masca paralitică sau faciesul laminat.*
    - ***amimia:***
      - *constituie abolirea mobilităţii şi expresivităţii mimice;*
      - apare în:
        - stările stuporoase de intensitate psihotică;
        - sindromul akinetic de impregnaţie neuroleptică;
        - stadiul final al demenţelor;
        - stările comatoase.
  - **calitative:**
    - ***paramimiile:***

- *sunt modificări mimice aflate în disonanţă cu conţinuturile ideatorii şi afective, care pervertesc expresivitatea mimică;*
- sunt descrise în schizofrenii:
  - *hemimimie* – persistenţa unilaterală a unui gest mimic;
  - *neomimie* – bizarerii mimice corespunzătoare neologismelor;
  - *jargonomimie* – multitudine de expresii mimice bizare;
  - *psitacism mimic* – mimica hipermobilă inadecvată şi incomprehensibilă;
  - *ecomimie* sau imitarea mimicii interlocutorului – în demenţe şi în stările catatonice;
  - în isterie în varianta *mimicii "de împrumut",* care vizează impresionarea anturajului.

Ţinuta:

- ***corespunde aspectului exterior al persoanei privitor la vestimentaţie şi atitudinea în raporturile interpersonale;***

- este evaluată întotdeauna în funcţie de vârstă, sexul biologic, nivelul educaţional, cel cultural şi rolul socio-profesional;

- modificările ei includ:
  - *rafinamentul vestimentar:*
    - la personalităţi cu trăsături de tip isteric, narcisic şi paranoic sau cu conduite perverse sexuale – homosexualitate, voyeurism;
    - în isterie şi schizofrenie.
  - *excentricităţi şi bizarerii vestimentare* – în:
    - hipomanie;
    - manie;
    - schizofrenii;
    - psihoze cronice delirante cu tematici expansive, pasionale sau fantastice.
  - *dezordinea vestimentară* – în:
    - stări confuzive de diverse etiologii;
    - schizofrenii;
    - mania confuzivă;
    - furia maniacală;
    - oligofrenii;
    - demenţe.
  - *travestitismul* – pervertire a comportamentului sexual constând în folosirea îmbrăcăminţii sexului opus – se asociază adesea cu homosexualitatea şi uneori cu sado-masochismul, fiind mai frecventă la sexul masculin;

- *cisvestitismul* – utilizarea unei îmbrăcăminţi nepotrivite cu vârsta sau cu situaţia dată:
  - la personalităţi dizarmonic structurate;
  - în manie;
  - în schizofrenie.

Conduita motorie:

- ***integrează o serie de acte care vizează împlinirea unui anumit scop cu maximum de randament;***
- este dependentă de starea afectivă dominantă şi caracteristicile stării de conştienţă;
- *tulburările ei includ:*
  - ***hiperkineziile sau stările de agitaţie psihomotorie:***
    - asociază întotdeauna şi hipermimia şi determină dezorganizarea motricităţii;
    - se întâlnesc în:
      - *episoadele maniacale* în cazul cărora sunt precedate de iritabilitate şi *ergasiomanie* – tendinţa de a activa în continuu şi culminează cu stări de *furie maniacală* declanşate de stimuli minori, din mediul extern;
      - *episoadele depresive endogene* când se manifestă sub forma *raptusului melancolic* – gest aparent spontan şi imprevizibil cu scop hetero- sau autolitic;
      - *schizofrenii* în care actele motorii au un caracter lipsit de coerenţă sau simbolic iar amplitudinea şi ritmul lor sunt crescute în forma hebefrenică – asemănător agitaţiei maniacale şi în cea catatonică – comparabilă cu mişcările unui robot agitat;
      - *reacţii psihopatologice* de diverse intensităţi;
      - *epilepsie* – sub forma *furiei epileptice* – căreia alterarea conştienţei şi severitatea dezinhibiţiei motorii alături de amnezia lacunară postcritică îi conferă atributul de *cea mai severă urgenţă psihiatrică şi medicală;*
      - *oligofrenii* în cazul cărora este evident aspectul disforic şi potenţialul heteroagresiv;
      - *demenţe* când sunt dominante manifestările verbale iar nivelul de periculozitate este diminuat;
      - *personalităţile dizarmonice* la care gravitatea manifestărilor este agravată de deficitul volitiv, dar este condiţionată uneori de impresia creată asupra anturajului sau de atitudinea acestuia;
      - *stările confuzive* de etiologie diversă în afecţiuni organice cerebrale de natură tumorală, traumatică, toxică sau infecţioasă;
      - *sindroamele de impregnaţie neuroleptică:*
        - *akatisia* – imposibilitatea de a păstra o poziţie pasivă a corpului sau a segmentelor sale;
        - *tasikinezia* – tendinţa de deplasare continuă.

- ***hipokineziile sau stările de inhibiţie psihomotorie:***
  - sunt însoţite întotdeauna de *hipomimie şi bradilalie* şi presupun scăderea ritmului şi amplitudinii actelor motorii care asociază sau nu sărăcirea motorie;
  - se întâlnesc în:
    - depresiile inhibate;
    - psihosindroamele organice deteriorative;
    - boala PARKINSON;
    - epilepsie;
    - sindroamele de impregnaţie neuroleptică.
- ***akineziile –*** *sunt stări de inhibiţie motorie extremă reprezentate prin:*
  - *fadingul motor:*
    - diminuarea progresivă până la dispariţie a activităţii motorii;
    - în depresii şi schizofrenii.
  - *barajul motor:*
    - întreruperea bruscă şi imprevizibilă a activităţii verbale şi motorii;
    - în isterie şi în mod patognomonic în schizofrenii.
  - *starea stuporoasă:*
    - inerţie motorie aproape totală sau subtotală, însoţită de hipo- sau amimie;
    - poate fi de intensitate:
      - *nevrotică,* aşa cum se întâmplă în reacţiile anxioase, depresive şi în isterie – *pseudonarcotismul isteric* – a cărui intensitate şi durată variază în funcţie de reacţia anturajului uman şi care răspunde favorabil la psihoterapii sugestive;
      - *psihotică* în:
        - stările confuzive inhibate;
        - depresiile delirante melancoliforme;
        - epilepsie;
        - fazele intercritice şi în schizofrenii, cu precădere în forma catatonică.
  - *catalepsia:*
    - *flexibilitatea ceroasă – inerţie motorie completă însoţită de o uşoară hipertonie musculară, care permite păstrarea îndelungată a unor poziţii imprimate* la a căror schimbare apare o rezistenţă asemănătoare celei aferente modelării unor piese de ceară;
    - se întâlneşte în:
      - stările de sugestie hipnotică;
      - isterie şi

- ca o componentă de prim ordin a *sindromului catatonic.*

- *somnul cataleptic:*
  - *inerţie motorie totală şi hipotonie musculară* care creează impresia de moarte aparentă;
  - în isterie şi epilepsie.

- ***parakineziile:***
  - *pervertirea sensului natural şi logic al actelor motorii* care sunt în disonanţă cu suportul ideo-afectiv şi *devin artificiale, bizare şi acontextuale;*
  - *sunt considerate tulburări calitative ale conduitei motorii;*
  - includ:
    - *manierismul:*
      - *acte motorii deformate sau parazitare care hipertrofiază într-un mod nepotrivit expresivitatea gestuală,* conferindu-i un aspect pueril şi caricatural;
      - se descrie în:
        - isterie;
        - psihozele cronice delirante;
        - schizofrenie.
    - *bizareriile atitudinale:*
      - *comportament motor care* – depăşind ca intensitate manierismul – *este dominat de acte simbolice şi izolate de context, cu un înalt grad de incomprehensibilitate;*
      - apar în:
        - isterie;
        - schizofrenie.
    - *stereotipiile:*
      - tendinţa de repetare a unui gest sau act motor de obicei bizar şi nepotrivit contextului = *stereotipii de mişcare* sau *kinetice;*
      - tendinţa de păstrare îndelungată a unei poziţii nefiziologice sau total incomode cu substrat cataleptic – *stereotipii de poziţie* sau *akinetice;*
        - *semnul berzei* – cu păstrarea îndelungată a echilibrului într-un singur picior;
        - *semnul botului de ştiucă* sau semnul BLEULER – la nivelul buzelor;
        - *semnul pernei psihice* – cu semiflexia capului în condiţiile absenţei unui sprijin local;

- *semnul "cocoşului de puşcă"* – poziţie cu genunchii flectaţi pe abdomen, cap şi corp încovoiate în pat.

➢ se întâlnesc în:

- schizofrenii – îndeosebi în forma catatonică;
- psihozele cronice delirante;
- demenţele presenile şi senile;
- oligofrenii;
- encefalite;
- boala PARKINSON.

• *ticurile:*

➢ *mişcări scurte, spontane, repetitive şi inutile, localizate la nivelul unor grupe musculare legate funcţional, care pot reproduce gesturi reflexe;*

➢ sunt conştientizate de subiect dar sunt scăpate de sub controlul voluntar;

➢ pot fi mai mult sau mai puţin complexe – de la modificări mimice minore până *la rectificări intempestive şi repetate ale ţinutei*;

- *onicofagie* – rosul unghiilor;
- *tricotilomanie* – răsucirea sau ruperea unor fire sau smocuri de păr.

↳ ***apraxiile:***

❑ *imposibilitatea realizării unor acte motorii simple sau complexe în absenţa unor mişcări parazitare perturbatorii şi a tulburărilor senzoriale şi motorii elementare;*

❑ pot fi mascate temporar prin automatisme motorii;

❑ au ca forme clinice apraxia:

• *ideatorie:*

➢ *imposibilitatea executării unui gest complex, deşi actele simple componente pot fi efectuate*, datorită perturbării planului său ideator la nivel cortical;

➢ creează impresia unui om distrat.

• *ideomotorie:*

➢ *imposibilitatea executării atât a actelor complexe cât şi a celor simple,* cu excepţia celor efectuate spontan sau automat;

➢ creează impresia unui ataxic sau coreic.

• *constructivă:*

➢ perturbarea scrisului, a desenului şi a construcţiei formelor geometrice plane sau spaţiale.

• *a îmbrăcatului şi a mersului:*

➢ se întâlnesc în:

- boli neurologice;
- demenţele presenile şi senile.

- reprezintă:

  - ***un ansamblu de simptome care apar mereu împreună, formând o structură coerentă şi care au un substrat neurobiologic comun;***

  - ***o expresie comprimată şi uneori caricaturală a unei dimensiuni fundamentale a existenţei persoanei umane conştiente;***

- pot include trăsături modificate ale personalităţii sau pot fi expresia unui substrat lezional cerebral;

- au o complexitate structurală diferită şi elemente semiologice comune;

- *episoadele psihopatologice* includ întotdeauna *mixturi de sindroame* iar în dinamica lor se conturează adesea *sindroame de tranziţie.*

SINDROMUL ANXIOS

Include ***anxietatea:***

- ***tulburare afectivă de tip hipertimic care devine patologică atunci când nu este condiţionată de nici un stimul sau motiv evident, când este persistentă, incontrolabilă voluntar şi dezorganizează psihismul şi activismul persoanei;***

- trăirea anxietăţii poate fi comparată cu senzaţia căderii într-un abis sau cu aceea a strivirii individului de către lumea care se precipită spre el;

- orice condiţie care reduce schimbul de informaţii cu mediul sau care vizează manifestarea liberă, neîngrădită a persoanei este anxiogenă.

- apare sub **două variante clinice**:

  - ***difuză sau generalizată*** cu două componente:

    - *subiectivă* reprezentată prin sentimentul persistent al unui pericol difuz şi iminent, care vizează propria persoană şi îi dezorganizează percepţia realităţii exterioare şi trăirea prezentului;
    - *obiectivă* care include:
      - stare de tensiune corporală şi hipervigilitate însoţită de o conduită de investigare a mediului înconjurător în vederea detectării cât mai rapide a sursei potenţialului pericol sau a unor persoane de încredere, cu rol protector;
      - modificări mimice cu privirea temătoare sau căutătoare şi pliurile frunţii ridicate în linie orizontală;
      - nelinişte psihomotorie cu deplasări continue fără scop aparent, într-o stare de alertă care perturbă eficienţa intelectuală şi capacităţile adaptative şi de funcţionare în rolurile sociale şi profesionale;

- asociază mereu insomnii mixte predominant de adormire, mialgii şi tulburări neurovegetative de tip hipersimpaticoton;
- *este mai accentată în primele ore ale serii, în faţa unei situaţii necunoscute şi în condiţii de izolare,* subiectul trăind intens teama de a rămâne singur – *ipsofobie.*
- se întâlneşte:
  - ca şi componentă structurală caracterială la personalităţi de tip anxios, evitant şi dependent;
  - în reacţiile psihopatologice anxioase, depresive şi cele de intensitate psihotică;
  - în depresii;
  - în debutul psihozelor şi demenţelor;
  - în sindroamele de sevraj ale toxicomaniilor;
  - în psihosindroamele organice de diverse etiologii.

➥ ***paroxistică sau criza de panică –*** include:

- în plan *subiectiv* o stare de teamă şi de încordare paroxistică dominată de senzaţia morţii iminente prin stop cardiac, respirator sau prăbuşire în gol, cu pierderea cunoştinţei;
- în plan *obiectiv sunt caracteristice modificări – somatice şi neurovegetative:*
  - tahicardie – 120/minut;
  - tahipnee;
  - hipertensiune arterială;
  - transpiraţii profuze reci, pe fondul palorii periferice, secundare vasoconstricţiei;
  - cefalee;
  - ameţeli;
  - algii abdominale;
  - tranzit accelerat digestiv cu pseudo-incontinenţă sfincteriană;
  - hipotonie musculară periferică cu senzaţia de "prăbuşire în gol";
  - blocaj motor cvasicomplet sau dimpotrivă mobilizare rapidă şi fugă într-un spaţiu sau anturaj liniştitor şi protector, adesea medical.
- *apare spontan în condiţii de singurătate, seara sau în cursul nopţii şi durează minute sau ore;*
- *se impune diferenţierea ei de condiţiile non-psihiatrice, cu un tablou clinic asemănător:*
  - crizele anginoase;
  - infarctul miocardic;
  - crizele astmatice;
  - sindromul MENIERE;

- tumorile cerebrale;
- hipertiroidism;
- feocromocitom;
- prolapsul de valvă mitrală;
- pancreatita acută.

❑ este favorizată de episoade psihopatologice nevrotice, psihotice, cu substrat organo-lezional cerebral şi de structurările dizarmonice ale personalităţii.

SINDROMUL FOBIC

Include ***fobiile:***

- ***stări de frică patologică, insuficient motivată sau nemotivată, cu obiect bine definit, deci având un caracter specific;***

- *teama este intensă, persistentă, ilogică şi invalidantă pentru subiect* şi deci imposibil de controlat voluntar;

- *fobicul este plasat de obicei în mijlocul lumii şi simte – în mod explicit, spre deosebire de anxios – că ameninţarea vine din exterior;*

- *apar de cele mai multe ori în contextul unor tulburări anxioase şi împart lumea personală în două sectoare distincte – unul sigur şi protejant, celălalt nesigur şi plin de pericole;*

- *se leagă în general de fricile naturale ale oamenilor*, astfel încât fobiile de animale mari se consideră relicve ale fricilor din prima copilărie, cele faţă de animale mici şi insecte ale fricilor din a doua copilărie iar unele fobii sociale ale fricilor sau temerilor din pubertate şi adolescenţă;

- se clasifică în:

↳ ***fobii spaţiale:***

❑ *claustrofobia* – fobia de spaţii închise şi înguste;

❑ *agorafobia* – fobia de spaţii largi, deschise, care pot fi parcurse doar împreună cu o persoană cunoscută sau străină;

❑ *acrofobie* – fobia de spaţii şi locuri înalte;

❑ *acroaerofobia* – fobia de spaţii înalte şi deschise;

❑ *batofobia* – fobia de adâncimi.

↳ ***fobii sociale*** – frici patologice în raport cu prezenţa şi manifestarea în public, într-un mediu insuficient cunoscut sau necunoscut; include:

❑ *neofobia* – teama de nou;

❑ *antropofobia* – teama de oameni;

❑ *ereutofobia* – teama de a roşi în public;

❑ *hipengiofobia* – teama de responsabilitate;

- *scafofobia* – teama de a fi remarcat, teama de a vorbi în public, de a fi examinat oral, de a recita, de a sta într-un prezidiu sau de a-şi satisface necesităţile fiziologice altundeva decât acasă sau în locuri foarte izolate.

➥ ***fobii speciale*** – reprezintă o grupă foarte heterogenă care include:

- *fobii de animale şi de fenomene naturale:*
  - *apifobia* – teama de albine;
  - *arahnefobia* – teama de păianjeni;
  - *cynofobia* – teama de câini;
  - *galeofobia* – teama de pisici;
  - *musofobia* – teama de şoareci;
  - *zoofobia* – teama de animale;
  - *cronofobia* – teama de timp;
  - *tonitrofobia* – teama de tunet;
  - *aurorofobia* – teama de zori;
  - *nictofobia* – teama de noapte;
  - *siderofobia* – teama de cer;
  - *ombrofobia* – teama de ploaie;
  - *aquafobia* – teama de apă.
- *fobii de boli, elemente şi situaţii speciale:*
  - *nozofobia* – teama de boală în general;
  - *phtisiofobia* – teama de tuberculoză;
  - *cancerofobia* – teama de cancer;
  - *sifilofobia* – teama de sifilis;
  - *anginofobia* – teama de sufocare;
  - *lisofobia* – teama de nebunie;
  - *misofobia* – teama de murdărie;
  - *olfactofobia* – teama de mirosuri;
  - *tanatofobia* – teama de moarte;
  - *hematofobia* – teama de sânge;
  - *haptofobia* – teama de a fi atins, de a fi cosultat sau de a urma un tratament medical.
- ca *forme particulare* sunt descrise:
  - *pantofobia* – teama difuză declanşată de cele mai variate obiecte şi fenomene în tulburarea nevrotică anxioasă, delirul alcoolic acut şi subacut;
  - *fobofobia* – teama de a nu apărea teama care poate însoţi oricare categorie fobică.

- *pot fi considerate normale la copii* dacă rămân discrete şi *la oligofreni,* fiind descrise de asemenea ca şi consecinţe ale unor învăţări patologice în copilărie şi pubertate, la personalităţi patologice de tip anxios, evitant,

dependent, în tulburarea nevrotică fobică, în psihozele depresive, debutul celor schizofrenice şi în psihosindroamele organice cerebrale;

- ***anxietatea*** apare sub forma crizelor de panică, favorizate de contactul real sau anticipat cu obiectul fobiei, în scopul evitării lui subiectul elaborând conduite de apărare;

- *codeterminismul reciproc dintre anxietate şi fobii reprezintă un reper psihopatologic de mare valoare atât corespunzător tulburărilor nevrotice cât şi celor psihotice.*

SINDROMUL OBSESIV–COMPULSIV

Include:

- ***ideile obsesive:***
  - ***idei persistente străine sau contrare nevoilor, intereselor şi situaţiei subiectului, care asediază psihismul, nu pot fi controlate voluntar şi parazitează câmpul conştiinţei şi libertatea de acţiune;***
  - în dinamica lor aceste idei – fundamentate pe selectarea şi interpretarea distorsionată a informaţiilor – conduc spre o nesfârşită serie de ipoteze sterile, lipsite de sens = boala lui "de ce", "dacă", "poate";
  - ca urmare apare un comportament nesigur, ambitendent, lipsit de spontaneitate, cu intenţii de act obsesive – ***compulsiuni,*** prin intermediul cărora subiectul pentru a-şi diminua starea tensională înlocuieşte acţiunea legată de conţinutul temei obsesive cu acte deformate, ridicole, stereotipe, cu efect anxiolitic numite ***ritualuri.***
- ***amintirile obsesive*** – rememorarea penibilă a unor momente şi experienţe jenante existenţiale;
- ***reprezentările obsesive*** – idei parazite care contrazic realitatea şi dezvoltă scenarii imaginare cu tematici negative – aşa cum se întâmplă în cazul *obsesiei prin contrast* – idei obsesive contrare sentimentelor, normelor etice şi valorice ale subiectului;
- ***ruminaţiile ideative*** – preocupări sterile, fără finalitate, extrem de anxiogene – *hipnomania* sau problematizarea infinită a somnului, precum şi a altor teme referitoare la originea vieţii şi a divinităţii supreme;
- ***aritmomania şi onomatomania*** – cu acordarea de semnificaţii improprii sau funeste cifrelor şi numelor repetate;
- ***verificările obsesive*** – legate de instalaţiile de apă şi gaz sau de accesul în locuinţă;
- ***ritualurile****:*
  - cu motivaţie obsesivă în ***mania compensării*** – repetarea întotdeauna simetrică a unui gest;
  - în ***boala scrupulelor*** – pedanteria extremă în toate actele cu organizarea fixă şi securizantă a ambianţei, în atingerea cuiva de un anumit număr de ori;
  - au motivaţie fobică în ***ablutomanie*** – spălarea repetată a mâinilor şi a părţilor mai expuse ale corpului din *misofobie şi bacilofobie;*
  - nu au motivaţie aparentă – ***ritualurile magice***.
- elementele sindromului descris se întâlnesc în:

- stările de surmenaj;
- la personalităţi anxioase, obsesiv-compulsive;
- în tulburarea nevrotică anxioasă, fobică şi obsesivă;
- debutul schizofreniilor;
- depresiile vârstei a treia.

- *manifestările sindromului obsesiv perturbă deci derularea şi eficienţa acţiunilor individuale şi îndepărtează persoana de o lume care nu poate fi niciodată suficient de bine controlată.*

SINDROMUL DEPRESIV

- are ca şi componentă centrală ***tristeţea patologică,*** ale cărei particularităţi o deosebesc de tristeţea normală, considerată o variantă hipertimică negativă a dispoziţiei de fond, tranzitorie, conjuncturală şi cu un suport motivaţional deficitar.

- ***în plan subiectiv*** alături de tristeţe sunt întâlnite:
  - *pesimismul;*
  - *anhedonia* – pierderea capacităţii de a se bucura, de a simţi plăcerea;
  - *idei micromanice* de intensitate variabilă de autodevalorizare, autoculpabilizare şi de negaţie – în depresiile delirante – care culminează cu cele suicidare;
  - *dezinteres progresiv* faţă de diversitatea stimulilor şi rolurilor cotidiene;
  - *senzaţia scurgerii lente şi monotone a timpului;*
  - *o neliniştе interioară de factură anxioasă;*
  - *un câmp perceptual vag, greu de definit;*
  - *fatigabilitate, astenie;*
  - *tendinţa de evitare a celor din jur.*

- ***în plan dominant obiectiv*** există: inhibiţie psihică globală intelectuală, instinctuală şi atitudinală, manifestată prin:
  - *hipoprosexie*, care însă asociază o hiperprosexie selectivă asupra propriului corp, cu facilitarea preocupărilor cenestopat-hipocondriace şi datorită unei sensibilităţi crescute la durere;
  - *hipomnezie de fixare şi evocare* precum şi *scăderea ritmului şi fluxului ideator* alături de aceea a *forţei imaginative* până la *monoideism;*
  - *inapetenţă;*
  - *inhibiţie sexuală* ca libido şi act;
  - *insomnii* constante, *coşmaruri*;
  - *sărăcirea limbajului* ca ritm, fluenţă şi conţinut;
  - *hipomimie* exprimând tristeţe şi disperare;
  - *neliniştе sau inhibiţie motorie*, culminând cu *stări psedostuporoase sau stuporoase.*

- ***în plan somatic:***
    - *hipersecreţie lacrimală* în formele de intensitate nevrotică, mergând până la *absenţa lacrimilor* în depresiile delirante inhibate;
    - *hiposalivaţie;*
    - *dispnee;*
    - *palpitaţii;*
    - *cefalee;*
    - *dureri epigastrice;*
    - *meteorism;*
    - *constipaţie;*
    - *algii uro-genitale;*
    - *mialgii.*
- poate avea intensităţi variate: de la cea *nevrotică* – în care se asociază întotdeauna anxietatea până la cea *psihotică*, dominată de delirul micromanic mixt şi riscul major auto- şi uneori heterolitic;
- poate fi dominant agitat, respectiv inhibat sau uneori mascat de simptome somatice;
- inhibă sistemul imunitar al persoanei şi creşte vulnerabilitatea individuală faţă de infecţii şi diverse maladii;
- se întâlneşte izolat sau asociat cu alte variante sindromologice:
    - stări de surmenaj;
    - reacţii psihopatologice dominant afective;
    - perioadele de decompensare ale unor personalităţi patologice afective, isterice, narcisice, obsesiv-compulsive;
    - psihozele afective uni- şi bipolare;
    - tulburările psihice cu substrat organic cerebral;
    - boli somatice.
- *elementele componente ale sindromului depresiv hipotrofiază EUL individual, izolează persoana de mediul ambiant şi îi fixează preocupările în trecut.*

SINDROMUL MANIACAL

- are ca nucleu ***euforia*** care trebuie însă delimitată de veselia normală, privită ca şi variantă hipertimică pozitivă a dispoziţiei;
- ***starea euforică = veselie contagioasă, optimism debordant cu încredere nelimitată în viitor şi în forţele proprii, hiperimplicare afectivă în prezent, cu perceperea rapidă a scurgerii timpului***, spre deosebire însă de starea depresivă – *euforia este labilă, cu posibile permutări spontane spre episoade de furie şi agresivitate manifestă;*
- include şi:
    - tahipsihia cu hiperestezie;
    - atenţie hipervigilă dar hipotenace;

- hipermnezie de fixare şi evocare;
- ritm ideator accelerat cu asociaţii bogate dar superficiale;
  - prin asonanţă;
  - rimă;
  - contiguitate.
- idei megalomanice polimorfe alături de abundenţa producţiilor imaginative;
- logoree;
- pornolalie;
- jocuri de cuvinte;
- onomatopee;
- sentimentul de energie inepuizabilă;
- autoîncrederea nelimitată şi lipsă de reticenţă induc un hiperactivism ineficient;
- hipererotism manifest;
- comportament ludic, adesea însă la limita tolerabilului, care pot degenera în stări de agitaţie psihomotorie severă;
- nevoia scăzută de somn;
- rezistenţă crescută la frig şi la efort;
- scăderea ponderală;
- hipersalivaţia;
- hipersudoraţia; precum şi
- amenoreea.

- poate varia ca intensitate de la ***hipomanie*** – *dezinhibiţie globală şi performanţe psihosociale crescute*, până la ***mania confuzivă;***

- se întâlneşte în:
  - psihozele afective unipolare omonime;
  - psihozele afective bipolare;
  - tulburările schizoafective;
  - sifilisul cerebral;
  - tulburările psihice din perioada puerperală;
  - tumorile diencefalice;
  - tumorile mezencefalice;
  - tulburările organice de personalitate posttraumatică;
  - unele intoxicaţii;
  - poate însoţi boli somatice, precum:
    - hipertiroidia;
    - anemia pernicioasă;
    - porfiria;

- reumatismul.

- poate fi indus de unele medicamente:
  - antidepresive;
  - corticosteroizi;
  - hidrazidă;
  - cicloserină.

- *componentele sindromului maniacal hipertrofiază imaginea de sine, induc trăirea intensă a prezentului şi deschiderea necondiţionată spre comunicare dar şi spre o superficială şi labilă relaţionare interpersonală.*

SINDROMUL CENESTOPAT HIPOCONDRIAC

- dominat de:
  - ***condiţionarea reciprocă dintre unele tulburări de percepţie intero- şi proprioceptivă aferente preocupării exagerate faţă de propria corporalitate şi complexul ideo-afectiv centrat pe tema unei suferinţe imaginare;***
  - ***intenţionalitate – care coalizează fuga în boală şi refuzul vindecării;***
- include:
  - ***ideea hipocondriacă:***
    - convingerea obsesivă – pur subiectivă sau bazată pe interpretarea hipertrofiată a unei simptomatologii banale – în existenţa unei boli somatice sau psihice grave;
    - grija şi preocupările legate de morfofuncţionalitatea corporală se adresează întregului organism sau doar unuia dintre aparatele componente.
  - ***cenestopatiile:***
    - senzaţii corporale neplăcute şi greu de definit, având caracteristici şi localizări de o mare variabilitate;
    - sunt descrise cu un limbaj a cărui bogăţie şi expresivitate depind şi de nivelul educativ-cultural sau de experienţele biografice patologice şi care nu reuşeşte de obicei să sugereze o boală anume, hipocondrul fiind acel pacient care *"niciodată nu se simte bine, dar nici nu-i merge prea rău";*
    - pot fi centrate doar pe anumite zone corporale aşa precum în "nevroza cardiacă" sau în "nevroza digestivă".
  - ***anxietatea*** – întreţinută de afecţiuni somatice benigne reale sau prin mecanisme iatrogene;
  - ***crize migrenoase;***
  - ***ameţeli şi tremurături.***
- are următoarele variante clinico-evolutive:
  - ***asteno-hipocondriacă:***
    - dominată de astenie şi iritabilitate;

- în:
  - neurastenie;
  - psihosindroamele organice posttraumatice;
  - debutul şi fazele remisionale ale schizofreniilor;
  - întârzierile mintale uşoare;
  - boli somatice.

- ***obsesiv-hipocondriacă:***
  - cu idei şi reprezentări obsesive pe teme nozofobice;
  - în:
    - decompensările personalităţilor cu trăsături patologice de tip obsesiv-compulsiv;
    - debutul schizofreniilor;
    - debutul parafreniilor.
- ***depresiv-hipocondriacă:***
  - în:
    - psihozele afective periodice;
    - depresiile organice şi involutive în cadrul cărora devin de o gravitate deosebită prin asocierea cu ideile delirante de enormitate şi de negaţie în cadrul ***sindromului COTARD.***
- ***paranoiac-hipocondriacă:***
  - integrează *delirul revendicativ hipocondriac* în care *subiectul acuză personalul medical şi reclamă compensaţii aferente suferinţei chinuitoare apărute ca urmare a deficienţelor actului medical;*
  - trebuie diferenţiată de *sindromul MÜNCHAUSEN – suferinţa imaginară provocată de subiectul care dă date patobiografice false şi se autovatămă simultan cu încercările reuşite de a fi supus unor multiple explorări şi intervenţii chirurgicale;*
  - este descris la:
    - personalităţi dizarmonice de tip isteric;
    - în isterie;
    - în schizofrenii;
    - în oligofrenii.

- *problematizarea trăirii propriei corporalităţi din sindromul descris este integrabilă sentimentului depersonalizării şi poate deveni sursa nu doar a "complexelor de inferioritate" ci şi a tulburărilor obsesive, depresive sau a derapajului psihotic.*

SINDROMUL ISTERIC - de conversiune şi disociativ de conştiinţă

- ***are o simptomatologie de o variabilitate extremă care:***
  - *este declanşată de factori psiho-sociali pe fondul unor trăsături particulare ale personalităţii:*
    - hiperexpresivitate;
    - egocentrism;
    - egofilie;
    - imaturitate afectivă;
    - demonstrativitate.
  - *variază în funcţie de nivelul intelectual, cel educaţional şi contextul socio-cultural;*
  - *poate apare sau se remite prin intermediul sugestiei sau/şi hipnozei.*
- include:
  - ***tulburările paroxistice*** subdivizabile în:
    - *marea criză isterică:*
      - tulburări de echilibru cu astazo-abazie;
      - îngustarea câmpului conştiinţei;
      - contracturi tonico-clonice;
      - agitaţie psihomotorie dezordonată;
      - tahiaritmie respiratorie alternând cu faze de apnee;
      - limbaj spasmodic, ţipete, crize de râs sau plâns;
      - atitudini pasionale;
      - este declanşată întotdeauna de un eveniment aparent banal dar care pentru subiect dobândeşte o semnificaţie deosebită şi se desfăşoară în prezenţa unui anturaj spectator, având o durată de la câteva minute până la câteva zeci de minute;
      - uneori îmbracă forma unei stări de agitaţie hiperexpresivă în cadrul căreia subiectul se poate autovătăma şi perturbă intens ambianţa.
    - *mica criză isterică:*
      - dominată de senzaţia de sufocare cu nod în gât – *globus histericus,* însoţită de fenomene neurovegetative, contracturi musculare la nivelul feţei şi zonei cervicale şi mişcări de tip coreic.
  - ***tulburările funcţionale de durată senzitiv-senzoriale:***
    - *paraliziile funcţionale:*
      - mono-, hemi- şi paraplegii, astazo-abazia fără hipotonie;
      - sunt evident condiţionate psihogen şi se constată afectarea mai frecventă a hemicorpului stâng la dreptaci, explicabilă din perspectivă psihodinamică prin dominanţa influenţelor inconştiente asupra acestei zone corporale care se află sub

permanentul control al conştiinţei precum şi prin semnificaţiile diferite de "corect" respectiv "greşit" ale noţiunilor de "dreapta" şi "stânga";

- *anesteziile:*
  - tactile, termice, dureroase sau combinate care nu respectă inervaţia anatomică a zonei – în "mănuşă", "în deget", în "ciorap", în "maiou".
- *mutismul sau afonia isterică:*
  - abolirea comunicării verbale datorită unor spasme sau contracturi funcţionale ale musculaturii organelor fonatoare, subiectul apelând în schimb la limbajul scris sau pantomimic.
- *"cecitatea" şi "surditatea" isterică:*
  - cu evoluţie trecătoare condiţionată de atitudinea anturajului social;
- *tulburări neurovegetative şi somatice* – crize de hipertermie, anorexie, vărsături, poli- sau oligurie, edeme sau eczeme inexplicabile, tulburări trofice.

➥ ***tulburările psihotice:***

- *stupoarea isterică:*
  - cu blocaj verbal şi psihomotor complet;
  - apare imediat consecutiv unei psihotraume sau unei tulburări paroxistice;
  - poate dura minute sau ore;
  - are drept caracteristică faptul că detaşarea de ambianţă nu este totală, subiectul putând-o ulterior reda fragmentar.
- *stările crepusculare:*
  - explicate prin îngustarea câmpului conştiinţei şi dominate de automatisme, stereotipii şi fugi patologice;
  - corespund personalităţii alternante a istericului care asociază identitatea sa reală cu aceea corespunzătoare perioadelor "imaginate".
- *amneziile selective:*
  - vizează doar un anumit aspect existenţial.
- *sindromul GANSER* – al răspunsului alături;
- *stări delirant-halucinatorii:*
  - cu tematică erotică, mistică sau interpretativ-revendicativă;
  - apar pe fondul unor modificări de tip oniric ale conştiinţei şi asociază uneori o anxietate extremă.

- tulburările funcţionale, cele neurovegetative şi cele somatice apar împreună, se întreţin şi se potenţează reciproc;

- *anxietatea lipseşte de obicei, subiectul fiind aparent detaşat de starea lui* – "la belle indiference" dar lăsându-se în grija celor din jur *le sugerează dorinţa de a fi ocrotit şi înţeles;*

- persistenţa în timp a manifestărilor depinde de promptitudinea reacţiei celor din jur, care acordă în măsură variabilă "beneficiul secundar" afectiv sau instrumental vizat de subiect, care altfel nu poate fi obţinut;

- impresionează adeseori anturajul şi se manifestă diferit – în diverse situaţii – la aceeaşi persoană;

- *clinic, manifestările isterice primitive, paroxistice au cedat treptat locul unora mai nuanţate sau mai specifice, corespunzător creşterii nivelului de civilizaţie şi cultură în lumea modernă;*

- poate favoriza dezvoltarea unor tulburări psihosomatice de tip hipertensiv, astmatic, ulceros, colitic sau dermatologic;

- se întâlneşte în:

  - decompensările personalităţii patologice omonime;
  - tulburarea nevrotică isterică;
  - debutul psihozelor schizofrenice, toxice, infecţioase;
  - epilepsie – intercritic;
  - reacţiile psihopatologice cu tulburări de conştiinţă.

- *componentele sindromului isteric întreţin o rezonanţă afectivă deficitară şi cultivă un stil inautentic şi non-empatic în raporturile interpersonale;*

- posibilitatea influenţării prin sugestie a acestor repere derivă din necesitatea imperioasă a acceptării de către anturaj a manifestărilor comportamentale adeseori caricaturale.

SINDROMUL DELIRANT-HALUCINATOR

- include cele două categorii de *fenomene psihotice productive majore* care apar frecvent împreună şi se condiţionează reciproc în cadrul unor episoade sau boli psihice de intensitate psihotică.

Delirul:

- ***reprezintă o tulburare de conţinut a gândirii care exprimă o falsă sau eronată interpretare a realităţii obiective;***

- convingerea patologică:

  - este rigidă, neinfluenţabilă conjunctural sau prin argumente şi polarizează întregul psihism;
  - nu are nici o legătură cu un conţinut ideo-afectiv anterior;
  - este comunicată celorlalţi printr-un limbaj şi un comportament particulare, acontextuale, bizare;
  - perturbă şi simplifică raporturile dintre subiect şi lumea externă, favorizând disoluţia realului în imaginar, reflectată în planul conştiinţei.

- este rezultatul unei dinamici care coalizează:

  - ***dispoziţia delirantă:***

    - *stare difuză, fără conţinut ideator precis în cadrul căreia subiectul trăieşte senzaţia detaşării de experienţele existenţiale anterioare şi de schimbare stranie şi chinuitoare a ambianţei imediate care îl împiedică să-şi mai coordoneze liber conduita;*

- poate fi formulată interogativ astfel: *"se întâmplă ceva cu mine şi în jurul meu, nu ştiu ce, ajutaţi-mă să aflu"*.

- ***percepţia sau interpretarea delirantă:***
  - *atribuirea nemotivată a unor semnificaţii anormale, de cele mai multe ori negative – în legătură cu propria persoană – a unor percepţii reale, obişnuite;*
  - poziţia subiectului devine centrală în cadrul ambianţei – geocentrică – iar componentele lumii externe îşi pierd neutralitatea şi sunt percepute ca modificate şi raportate misterios doar la propria persoană.
- ***intuiţia delirantă:***
  - *idei şi reprezentări cu caracter spontan, cu o semnificaţie stranie, nepotrivită, referitoare la subiect şi la cei din jurul său;*
  - are caracter de revelaţie şi prin schimbarea radicală a experienţelor trăite au o influenţă covârşitoare asupra destinului personal.
- ***delirul de influenţă:***
  - *convingerea absolută a persoanei asupra faptului că este dirijată şi condusă de forţe sau fenomene externe care o vizează în mod unilateral;*
  - percepţia sau intuiţia delirantă favorizează structurarea unui ***delir primar*** pe fondul dispoziţiei delirante, în cadrul căruia pot fi descrise *următoarele variante tematice:*
    - ***referitoare la propriul corp:***
      - dismorfofobice;
      - hipocondriace;
      - de posesiune zoopatică sau demoniacă;
      - de transformare corporală şi sexuală.
    - ***referitoare la propria identitate şi viaţă spirituală*** – de transformare parţială sau totală, tranzitorie sau permanentă a propriei identităţi în sensul prezenţei unor calităţi sau a unor statute şi roluri deosebite:
      - mistice;
      - sociale;
      - politice;
      - cosmogonice.

      sau dimpotrivă a convingerilor de:
      - autodevalorizare;
      - autoculpabilizare;
      - ruină.
    - ***referitoare la relaţiile cu cei din jur*** – de tip senzitiv, prin poziţia centrală a subiectului în atenţia lumii, din care derivă convingeri patologice, având ca tematică:

- persecuţia;
- urmărirea;
- punerea sub control;
- gelozia;
- interpretările erotomanice.

- există şi un ***delir secundar*** *atunci când apare în cadrul episoadelor afective endogene de tip maniacal sau depresiv, are un conţinut congruent cu starea afectivă şi uneori e însoţit de halucinaţii cu tematici similare;*
- din perspectiva nivelului de structurare există:
  - ***deliruri sistematizate – de tip paranoiac:***
    - când convingerea patologică are un suport endogen şi este susţinută afectiv sau favorizată de tulburări perceptuale congruente în aşa fel încât are o logică şi o coerenţă evidente, dominând necondiţionat existenţa şi conduita subiectului;
  - ***deliruri nesistematizate – de tip paranoid:***
    - când convingerea delirantă este ilogică, fără suport afectiv, întreţinută de halucinaţii şi asociind alte tulburări cognitive şi depersonalizarea.

Halucinaţiile:

- *tulburări calitative majore de percepţie care pot precede, însoţi sau urma fenomenelor delirante;*
- determină subiectul să se comporte "ca şi cum", corespunzător convingerii că trăirea este obiectivă;
- includ:
  - ***halucinaţiile funcţionale, eidetice şi fiziologice;***
  - ***halucinozele:***
    - halucinaţii al căror caracter anormal este recunoscut de subiectul a cărui conştiinţă este păstrată sau doar discret modificată;
    - cele mai importante tablouri clinice sunt:
      - *halucinoza alcoolică;*
      - *halucinoza pedunculară;*
      - *halucinoza luetică sau sifilitică.*
  - ***halucinaţiile propriu-zise sau psihosenzoriale extero-, intero- şi proprioceptive;***
  - ***halucinaţiile intrapsihice sau pseudohalucinaţiile:***
    - autoreprezentări aperceptive – independente de experienţa perceptuală anterioară, cu caracter străin, impus din exterior, cărora subiectul nu li se poate opune.
- elementele congruente ale sindromului se întâlnesc în:
  - reacţiile psihopatologice de intensitate psihotică;
  - schizofrenii;
  - psihozele afective periodice;
  - psihozele cronice delirante;
  - psihozele toxice şi infecţioase;

- psihozele din perioada involutivă.

- se asociază constant tulburărilor conştiinţei, celor afective, imaginative şi fenomenelor deteriorative;

- *manifestările delirante şi halucinatorii sărăcesc şi caricaturizează identitatea persoanei conştiente reducându-i posibilităţile opţionale şi distorsionându-i raportarea la lumea exterioară.*

SINDROMUL DISOCIATIV – al dezorganizării schizomorfe

- include în structura sa standard:
  - ***ambivalenţa:***
    - *divizarea în termeni contradictorii a tuturor stărilor psihologice în plan cognitiv, afectiv şi interpersonal;*
    - astfel pot fi concomitente – afirmaţia şi negaţia, dorinţa şi repulsia, implicarea şi abandonul.
  - ***dezorganizarea ideo-verbală:***
    - fading şi baraje ideatorii – în cazul cărora la reluare apare o temă diferită;
    - dezordine ideativă prin pierderea legăturilor logice dintre idei, ezitări, substituţii, interferenţe;
    - scăderea tonusului şi claritătii ideatorii şi verbale cu idei şi zgomote parazite sau spontane, monologuri fără adresă, neologisme, tulburări în articularea cuvintelor;
    - tulburări logico-semantice cu alterarea şi aglutinarea semnificaţiilor conceptuale supuse unui sistem modificat de valori personale şi demonstraţii de logică şi meticulozitate, în totală discrepanţă cu banalitatea şi inutilitatea lor.
  - ***dezorganizarea afectiv-comportamentală:***
    - bizareriile, ambivalenţa şi inversiunea afectivă – inclusiv transferul sentimentelor asupra unor obiecte sau fenomene impersonale;
    - decolorare şi detaşare afectivă;
    - ţinuta neglijentă şi comportament lipsit de naturaleţe, teatral sau exagerat de manierat;
    - negativism atitudinal pasiv sau activ, stereotipii de poziţie şi mişcare care conferă un aspect caricatural, cu o simbolică neinteligibilă mişcărilor subiectului;
    - *contradicţia dintre conţinutul şi motivaţiile gândirii, afectivităţii, motricităţii şi modalităţile lor de expresie, care explică tributul de* ***sindrom discordant****, acordat fenomenologiei descrise;*
    - se descrie în mod patognomonic în psihozele schizofrenice şi reprezintă explicaţia fundamentală a:
      - atributelor de stranietate şi impenetrabilitate a tabloului clinic;
      - pierderii unităţii psihismului, a originalităţii şi identităţii persoanei;
      - perturbării grave a randamentului, capacităţilor de comunicare a persoanei şi a raportării la realitatea obiectivă.

- *elementele sindromului disociativ vizează capacitatea de sinteză a conştiinţei şi corespund pierderii corespondenţei dintre acţiunile şi motivaţiile individuale conferind atributele de incomprehensibilitate şi stranietate manifestărilor psiho-comportamentale.*

SINDROMUL DE TRANSPARENŢĂ-INFLUENŢĂ

- *aparţine tulburărilor conştiinţei autopsihice – referitoare la percepţia şi orientarea asupra propriei persoane;*

- se mai numeşte şi *"de automatism mintal"* sau *"de acţiune exterioară"* pentru că este dominat de producţii spontane – idei, impresii, reproduceri insolite care sunt impuse subiectului, care:
  - se simte dirijat din exterior, de forţe xenopatice – străine;
  - îşi pierde libertatea de gândire, simţire şi acţiune.
- include:
  - idei impuse din exterior de către forţe care ţin sub control subiectul, cu conţinut neobişnuit, acontextual;
  - ecoul şi anticiparea gândurilor şi a lecturii, reprezentări abstracte şi ruminaţii mentale, cu flux şi conţinut ideator imposibil de controlat de către subiect care asistă pasiv dar anxios la derularea conţinuturilor psihismului;
  - emoţii şi sentimente negative, anxiogene, impuse din exterior;
  - enunţul unor gesturi şi mişcări impuse din afară;
  - halucinaţii intrapsihice vizuale, tactile, gustative, intero- şi proprioceptive, conform cărora subiectul asistă neputincios la schimbarea gustului alimentelor, la provocarea unor algii sau la modificarea formei propriului corp.
- *se conturează astfel un triplu automatism:*
  - ideativ;
  - afectiv;
  - motor.

incluzând şi fenomene xenopatice senzitiv-senzoriale;

- în funcţie de nivelul intelectual-educaţional şi de contextul socio-cultural, subiectul încearcă să-şi explice fenomenele trăite prin acţiunea undelor radio sau laser, a telepatiei şi telekineziei sau le atribuie unor forţe oculte sau supranaturale;

- elementele sale componente se întâlnesc în:
  - postura de nucleu al psihozelor schizofrenice şi parafrenice;
  - psihozele alcoolice;
  - epilepsie;
  - perioada involutivă.

- *manifestările xenopatice blochează orice iniţiativă personală sau dezbaterea interioară şi deschid calea interpretărilor delirante.*

SINDROMUL APATO-ABULIC SAU DE SĂRĂCIRE PSIHICĂ

- deşi pare dominat doar de lipsa de rezonanţă afectivă, *are un tablou clinic complex care afectează autopercepţia şi conştiinţa de sine, conţinuturile ideo-afective, motivaţia, activismul şi capacităţile relaţionale ale subiectului;*

- include:
  - ***depersonalizarea:***
    - considerată un *sindrom al tulburării conştiinţei autopsihice* cu o componentă referitoare la transformarea psihică – ***dezanimarea*** şi una aferentă transformării corporale – ***desomatizarea;***
    - coalizează:
      - senzaţia de nesiguranţă referitoare la propria persoană, de vid interior, de apatie, de inautenticitate a gândurilor şi amintirilor, de devalorizare personală;
      - senzaţii legate de transformarea corporală stranie, ireală, cu ignorarea igienei personale.
  - în mod compensator, într-un efort de regăsire are loc o analiză introspectivă care favorizează îndepărtarea de lumea reală şi perceperea deformată a acesteia – în cadrul ***sindromului de derealizare;***
  - deficitul cognitiv dominant prosexic şi corespunzător înţelegerii mesajelor şi situaţiilor;
  - deficitul afectiv cu senzaţie de vid interior, indiferentism, rigiditate emoţională;
  - deficitul motivaţional şi acţional cu apatie, astenie persistentă, apragmatism;
  - deficitul de relaţionare şi adaptare socială cu tendinţe la izolare faţă de anturajul uman, scăderea marcată cantitativă şi calitativă a relaţiilor interpersonale, care culminează în *autism* – închiderea în sine patologică;
  - bradipsihia în sensul încetinirii globale a funcţionării psihismului.
- *se întâlneşte cu preponderenţă în:*
  - fazele incipente şi cele remisionale ale psihozelor schizofrenice;
  - într-o formă mai mult sau mai puţin completă în oligofrenii;
  - demenţe;
  - tumori frontale;
  - epilepsie;
  - stări confuzive de origine toxică – oxid de carbon sau infecţioasă – febră tifoidă;
  - hipotiroidism;
  - boala ADDISON;
  - psihozele involutive.
- trebuie diferenţiat mereu de sindromul depresiv, asocierile lor impunând o evaluare complexă clinico-anmestică şi psihometrică;

- *elementele descrise reprezintă expresia majoră a sărăcirii, devalorizării şi pierderii sensurilor existenţei personale.*

SINDROMUL CATATONIC

- *ansamblu de tulburări psihomotorii cu etiologie variată care afectează cu precădere motricitatea voluntară şi se subîmpart în trei forme:*
  - *lucidă;*
  - *oneiroidă;*
  - *de natură neuroleptică.*
- include:
  - ***catalepsia sau flexibilitatea ceroasă:***
    - *inerţie motorie cu hipertonie uşoară care conferă o rezistenţă de tip plastic la mobilizarea pasivă şi permite păstrarea atitudinilor impuse.*
  - ***sugestibilitatea:***
    - *proprietatea de a răspunde la sugestie* care devine patologică atunci când se produc cu maximă receptivitate răspunsuri la comenzi exterioare sau se imită necondiţionat limbajul sau atitudinile mimico-gestuale ale persoanelor din jur – *ecolalie, ecomimie, ecopraxie,* care formează împreună *sindromul ecopatic.*
  - ***negativismul:***
    - *tendinţa de a opune rezistenţă pasivă sau activă la satisfacerea propriilor nevoi fiziologice şi la diverşi stimuli externi;*
    - se descriu două forme de negativism:
      - ***pasiv:***
        - inerţie şi areactivitate aferent:
          - comunicării verbale – ***negativism verbal***;
          - alimentaţiei – ***negativism alimentar;***
          - executării unor mişcări – ***negativism motor***;
          - relaxării sfincterelor – ***negativism intern.***
      - ***activ*** – tendinţa de a executa sau execuţia unui act sau gest opus celui sugerat, cu fermitate şi ostilitate uneori.
  - ***stereotipiile de poziţie şi mişcare:***
    - descrise în cadrul parakineziilor.
  - ***tulburări neurovegetative***
    - căderi tensionale;
    - cianoza periferică;
    - reacţii vasomotorii;

- reacţii paradoxale la lumină;
- hipersecreţie salivară, sudorală şi seboreică;
- tulburări endocrino-metabolice.

- se întâlneşte complet sau parţial reprezentat:
  - la personalităţi dizarmonice de tip schizoid, schizotipal, borderline, isteric, dependent;
  - în isterie;
  - în schizofrenia hebefrenică;
  - în schizofrenia catatonică;
  - în paranoia;
  - în depresiile delirante stuporoase;
  - în oligofrenii;
  - în demenţe;
  - în stările confuzive stuporoase.
- varianta *sindromului catatonic de natură neuroleptică* este:
  - secundară tratamentului cu neuroleptice incisive şi poate apare datorită unei reactivităţi individuale particulare, deficienţelor schemei terapeutice sau lipsei de complianţă terapeutică;
  - se manifestă clinic sub patru forme principale:
    - ***sindromul akinetic***
      - diminuarea aproape completă a iniţiativei motorii.
    - ***sindromul akinetic-hiperton***
      - hipokinezie;
      - hipertonie;
      - rigiditate;
      - tremurături.
    - ***sindromul diskinetic-hiperton:***
      - diskinezii buco-linguo-faciale;
      - deglutiţie şi masticaţie spastică.
    - ***sindromul hiperkinetic-hiperton:***
      - torticolis spasmodic;
      - crize hipertonice isteriforme şi epileptiforme.

SINDROMUL DEMENŢIAL

-
- *are un tablou clinic comun pentru diversele tipuri de demenţe;*
- include trei faze evolutive:
  - ***de debut:***

- atenţie voluntară hipotenace şi atenţie involuntară dispersată;
- hipomnezii şi amnezii de fixare urmate de hipomnezii de evocare progresive;
- ritm ideator încetinit, judecăţi şi raţionamente progresiv îngreunate, cu erori în evaluarea evenimentelor reale;
- limbaj cu perseveraţii, digresiuni şi dificultăţi intermitente în utilizarea structurilor semantice şi sintactice;
- monotonie imaginativă şi sărăcirea lumii valorilor personale;
- labilitate afectivă cu impulsivitate manifestă intermitent, cu indiferentism progresiv;
- hipobulie, scăderea suportului motivaţional şi a tonusului psihic;
- accentuarea progresivă a trăsăturilor caracteriale premorbide cu apariţia intermitentă a unor manifestări de tip egocentric, a interpretativităţii, ostilităţii şi agresivităţii, precum şi a unei rigidităţi şi meticulozităţi excesive sau a unor conduite imorale;
- simptome neurologice şi somatice de natură vasculară;
- decalaj progresiv evident între vârsta biologică şi cea cronologică.

➢ ***de stare:***

- deteriorare severă şi globală a funcţiilor de cunoaştere cu sărăcie şi incoerenţă ideo-verbală;
- dezorientare temporo-spaţială persistentă pe fondul unei apatii întrerupte doar de reacţii spontane declanşate conjunctural;
- neglijarea aproape totală a alimentaţiei, vestimentaţiei şi igienei personale;
- apragmatism;
- ignorarea normelor sociale şi comportament imprevizibil, iresponsabil, care pune în pericol subiectul şi uneori anturajul.

➢ ***terminală:***

- abolirea aproape totală a funcţiilor psihice mergând până la *apsihism;*
- abolirea activităţii motorii inclusiv a stereotipiilor;
- inerţie completă a vieţii instinctuale şi incontinenţa sfincteriană, care completează dramatismul tabloului clinic;
- scăderea marcată a apărării imunitare cu receptivitate maximă la infecţii intercurente;
- semne neurologice diferenţiate pentru fiecare model etiologic de demenţă.

- *simptomele demenţiale – indiferent de etiologia lor, de cele mai multe ori plurifactorială – corespund mereu atributelor de cronicitate şi ireversibilitate ale unui destin psihopatologic.*

REACŢIILE PSIHOPATOLOGICE ŞI TULBURĂRILE NEVROTICE

REACŢIILE PSIHOPATOLOGICE

- sunt *tablouri psihopatologice reversibile care*:
  - ***au caracteristicile unui episod maladiv;***
  - ***sunt în legătură directă cu trăirea unui eveniment psihotraumatic de diferite intensităţi;***
  - ***pot fi favorizate de momente sau perioade de vulnerabilitate individuală crescută:***
    - prin surmenaj fizic sau psihic;
    - datorită prezenţei în antecedente a unui eveniment similar refulat în subconştient, care poate favoriza repetarea situaţiei;
    - corespunzător unor trăsături predispozante ale personalităţii premorbide, cunoscut fiind faptul că psihismul reacţionează mereu în "consens" cu personalitatea subiectului;
    - datorită deficienţelor reţelei de suport social.

- *modalităţile lor de manifestare şi conţinutul lor sunt comprehensibile iar durata lor este de ore sau zile,* exceptând:
  - ***tulburările de adaptare*** *– manifestările apărute datorită unor evenimente existenţiale cum sunt schimbările de statut şi rol social sau profesional pe care subiectul le poate anticipa, iniţia şi accepta;*
  - ***reacţiile de stres posttraumatic:***
    - *răspunsuri întârziate sau/şi prelungite la o situaţie stresantă cu caracter catastrofic, care poate traumatiza psihic orice persoană* – accidente majore, luptă, dezastre naturale sau cauzate de om, viol, tortură, terorism.
    - *clinic includ:*
      - stare de obtuzie sau de hebetudine cu îngustarea câmpului conştiinţei, cu blocaj motor sau agitaţie psihomotorie;
      - tulburări neurovegetative;
      - după o latenţă de zile sau săptămâni apar:
        - anxietatea generalizată;
        - detaşarea afectivă de mediul social;
        - amintiri şi reprezentări obsesive ale evenimentelor trăite;
        - fobii faţă de situaţiile care ar putea favoriza aceste reactualizări;
        - trăiri depresive uneori cu potenţial suicidar;
        - anhedonie;
        - coşmaruri;
        - astenie persistentă;
        - consum abuziv de alcool sau medicamente;

- scăderea randamentului global;
- manifestări psiho-somatice.

- *apar în primele 6 luni după evenimentul catastrofic,* iar atunci când acest interval este depăşit devin încadrabile în categoria tulburărilor de personalitate cu aceeaşi etiologie.

- se clasifică în următoarele patru categorii:

➥ ***reacţiile dominate de tulburările de conştiinţă:***

- *agitaţia psihomotorie reactivă:*
  - mimică şi limbaj hiperexpresiv;
  - motricitate dezordonată;
  - crize epileptiforme.
- *stupoarea reactivă:*
  - diminuarea marcată sau abolirea motricităţii voluntare – subiectul "împietreşte" şi a capacităţilor de răspuns la stimuli vizuali, auditivi sau tactili, vulnerabilitatea individuală devenind maximă.
- *starea confuzivă reactivă:*
  - incoerenţa ideo-verbală şi motorie;
  - halucinaţii;
  - abolirea instinctelor de autoconservare.
- *amnezia şi fuga disociativă:*
  - pierderea selectivă şi parţială a amintirii evenimentului traumatizant, urmată de deplasări aparent fără scop în afara spaţiului folosit cotidian, dar cu păstrarea igienei personale şi a aptitudinilor relaţionale simple cu persoanele străine.
- *crize astazo-abazice reactive* însoţite de tulburări de vorbire şi de mers;
- *anestezii, surditate şi cecitate disociative;*
- *sindromul GANSER* sau al "răspunsului alături":
  - cu răspunsuri greşite dar nu absurde;
  - bizarerii mimice şi atitudinale sau alte simptome disociative;
  - descris iniţial la subiecţi cu nivel intelectual şi cultural redus, aflaţi în condiţii de anchetă sau detenţie;
  - are ca variante:
    - *pseudodemenţa* – dezorganizarea şi caricaturizarea de aspect demenţial a comportamentului şi răspunsuri absurde, însoţite de agitaţie sau inhibiţie psihomotorie;
    - *puerilismul* – comportament de tip regresiv, infantil, cu manifestări verbale şi motorii specifice.

- ***reacţiile de tip afectiv*** – cu două forme clinice:
  - *depresivă* – inhibată;
  - *anxioasă* – agitată.
- ***reacţiile de tip delirant*** *– debutează în primele 2 săptămâni după un eveniment psihotraumatizant şi se remit în câteva săptămâni, până la 3 luni de zile;* includ:
  - *reacţiile de tip paranoid-halucinator:*
    - au tematici şi intensităţi variabile în timpul unei zile sau de la o zi la alta, dar adesea ideile delirante şi halucinaţiile sunt stabile pe toată durata episodului;
    - clinic sunt descrise:
      - delirul prizonieratului;
      - delirul de graţiere;
      - paranoidul situaţional;
      - paranoidul acut al drumului de fier;
      - paranoidul de izolare prin necunoaşterea limbii;
      - halucinoza acută de închisoare.
  - *reacţiile paranoide induse* sau *delirul indus:*
    - însuşirea prevalenţială a ideilor delirante – de obicei sistematizate – ale unei persoane dominante cu rol de inductor, de către un subiect indus care:
      - are un nivel intelectual şi cultural mai redus;
      - se află într-o relaţie prelungită şi strânsă cu inductorul;
      - adeseori fiind izolaţi prin spaţiu sau limbaj de mediul social.
    - cedează de obicei la separarea celor două persoane;
    - asociază anxietate marcată şi manifestări comportamentale zgomotoase.
- ***iatrogeniile:***
  - *tulburări psihopatologice reactive apărute datorită deficienţelor actului medical şi cu preponderenţă a relaţiei medic-pacient;*
  - clinic se descriu tulburări de intensitate nevrotică şi rareori psihotică de tip depresiv, anxios, obsesiv şi hipocondriac, acestea din urmă culminând ca severitate cu fenomenologia *paranoiei hipocondriace*.

- *ca forme particulare ale reacţiilor psihopatologice* mai pot fi descrise:
  - ***tentativele suicidare reactive:***
    - *comportament autolitic declanşat de un factor psihotraumatizant sau cu efect agravant al evoluţiei, la subiecţi cu vulnerabilitate crescută conjunctural sau structural,* respectiv în psihozele afective, schizofrenii şi în toxicomanii;
    - tentativele domină la femei dar cele reuşite sunt mai frecvente la bărbaţi.
  - ***tentativele parasuicidare:***

- *intenţie sau act suicidar simulat, "mimat", care se desfăşoară în apropierea sau prezenţa unui anturaj uman şi vizează impresionarea acestuia;*
- se descrie cu precădere la personalităţi cu trăsături dizarmonice de tip dominant isteric, în isterie şi la debilii mintali;
- în toate reacţiile psihopatologice sunt afectate capacităţile perceptuale de cunoaştere şi comunicare ale subiectului dar identitatea sa – cu puţine excepţii – rămâne nemodificată, devenind condiţia majoră a reversibilităţii.

TULBURĂRILE NEVROTICE

Reprezintă o categorie de ***suferinţe psihice declanşate de factori psiho-sociali şi legate comprehensiv de existenţa individuală a persoanei.***

- ***etiologic*** cele două repere majore sunt:

↳ *influenţele psiho-sociale negative* de tipul psihotraumelor, eşecurilor, stărilor conflictuale, frustrărilor, suprasolicitărilor intelectuale sau afective şi schimbările de viaţă;

↳ *terenul individual* reprezentat prin *personalitatea subiectului în contextul ei existenţial*, teren care poate fi vulnerabilizat:

- *conjunctural* prin stări de epuizare fizică sau psihică, parcurgerea unor etape critice legate de vârstă, ciclurile vieţii sau bilanţurile acestora, compensaţii reduse din partea reţelei de suport social;
- *structural* prin trăsături psihologice dezavantajante precum imaturitatea afectivă, deficitul de identitate psiho-corporală inclusiv sexuală, tendinţa constituţională a sistemului nervos vegetativ de a reacţiona intens şi prelungit sau structurări dizarmonice ale personalităţii de tip isteric, anxios-evitant şi obsesiv-compulsiv.

- ***patogenetic***:

↳ intervenţia factorilor psiho-sociali descrişi asupra persoanei vulnerabilizată circumstanţial sau structural determină în cadrul unui proces lent progresiv constituirea în subconştient a unui sediu al trăirilor şi experienţelor refulate numit *"centru de acumulare"* sau *"eu secund";*

↳ între acest "corp străin intrapsihic" şi conştiinţa subiectului se desfăşoară *conflictul de tip nevrotic – cu sine însuşi*, care organizează şi întreţine simptomatologia nevrotică.

- ***clinic:***

↳ *simptomatologia debutează insidios,* particularităţile ei etiologice şi de intensitate permiţând subiectului să-şi comenteze şi să-şi asume suferinţa pe care adeseori o hiperconştientizează;

↳ *se structurează progresiv ego-distonia şi ego-fobia* cu trăiri subiective neplăcute care angajează "nu doar afectiv" ci şi cognitiv şi relaţional subiectul, acesta structurându-şi un comportament dependent, repliat sau lamentativ care îi afectează global randamentul şi îl determină să se raporteze penibil la rolurile sociale şi profesionale;

↳ raportându-se în permanenţă la starea anterioară de bine subiectiv şi obiectiv, adevărat estet al comparaţiilor, nevroticul – tot mai conştient de deficienţele sale – îşi diversifică şi amplifică conflictul intrapsihic cultivându-şi incapacitatea adaptativă;

↳ în funcţie de fenomenologia dominantă şi de caracteristicile terenului, tulburările nevrotice se clasifică în două categorii:

- ***nediferenţiate*** care pot apare la orice tip de personalitate premorbidă – include neurastenia, nevroza predominant depresivă şi nevroza predominant anxioasă;
- ***diferenţiate*** care apar şi evoluează la personalităţi premorbide cu trăsături favorizante – include nevroza predominant fobică, nevroza obsesivă, nevroza isterică şi nevrozele motorii.

NEURASTENIA

- ***psihogenie centrată pe sindromul astenic – care coalizează astenia, fatigabilitatea, cefaleea şi disconfortul subiectiv;***

- descrisă ca o "patologie a lipsei de energie" şi ca "boală a civilizaţiei" este mai frecventă la sexul feminin în decadele a 3-a, a 4-a şi a 5-a de viaţă;

- ***etiopatogenetic:***

↳ sunt implicaţi factorii psiho-sociali responsabili de declanşarea tablourilor nevrotice, cu precădere *suprasolicitarea în rolurile profesionale sau familiale* care apare:

- datorită discrepanţelor dintre obiectivele propuse respectiv capacităţile fizice şi intelectuale;
- prin nepotrivirile dintre caracteristicile activităţii şi stilul personal;
- prin lipsa satisfacţiilor sau/şi a condiţiilor de afirmare;
- corespunzător condiţiilor improprii de activitate;
- suprasolicitarea se autoîntreţine prin faptul că impune creşterea intensităţii şi duratei angajării în activitate.

- ***clinic:***

↳ *astenia:*

- este caracteristică atât debutului cât şi fazei de stare;
- e independentă de efort şi e declanşată la cele mai mici solicitări;
- este maximă dimineaţa şi e însoţită de un uşor deficit de atenţie şi memorie exceptând sectorul corespunzător propriei corporalităţi, resimţită mereu neplăcut.

↳ *cefaleea* – descrisă tipic este "în cască" dar şi occipito-cervicală şi este accentuată de emoţiile negative;

↳ *tulburările de somn* – hipersomnii neodihnitoare şi somnolenţa diurnă urmate de insomnii mixte;

↳ *disconfort afectiv şi corporal manifest îndeosebi în faza de stare* şi caracterizat prin:

- dispoziţie tristă;
- pesimism;
- sentimente de incompletitudine şi neputinţă;
- scăderea progresivă a curiozităţii şi interesului pentru viaţa cotidiană;

- iritabilitate cvasipermanentă care motivează denumirea de *"slăbiciune iritabilă"* dată tabloului clinic.

- *tulburări neurovegetative şi tulburări funcţionale poliviscerale* cu manifestări:
  - *cardiovasculare*:
    - cord iritabil;
    - crize pseudoanginoase.
  - *respiratorii* – paroxisme de tuse sau astmatiforme;
  - *digestive:*
    - spasme faringiene sau intestinale;
    - sete sau
    - foame paroxistică.
  - *genito-urinare:*
    - inhibiţie sexuală;
    - algii pelviene;
    - polakiurie.
  - *neurosenzoriale şi musculare:*
    - hiperestezie generalizată;
    - crize de vertij;
    - mialgii;
    - tulburări de mers.

- ***diagnosticul pozitiv*** este facilitat şi de o bună relaţie medic-pacient, acesta fiind deosebit de cooperant şi dornic de vindecare.

- ***diagnosticul diferenţial*** trebuie făcut cu:
  - alte tipuri de tulburări nevrotice şi reacţii psihopatologice;
  - fazele de debut ale psihozelor endogene depresive şi schizofrenice;
  - toxicomanii;
  - bolile neurologice şi organice cu manifestări astenice.

- ***evoluţia*** este favorabilă în peste 2/3 din cazuri, în rest simptomatologia putând deveni trenantă, cu recăderi intermitente.

TULBURAREA NEVROTICĂ DEPRESIVĂ

- ***entitate discutabilă care ocupă o poziţie aparte între reacţia depresivă comprehensibilă şi episodul depresiv endogen;***

- ***etiopatogenetic:***
  - psihogenie cu etiologie multifactorială care:
    - coalizează:

- evenimente de viaţă negative;
- psihotraume şi
- o vulnerabilitate bio- şi psihotipală.

❑ este mai frecventă la tineri şi la sexul feminin.

- ***clinic:***

↳ *sindromul depresiv* cu tristeţe, anhedonie, lentoare ideativă şi motorie, insomnii şi coşmaruri – care pot persista săptămâni sau luni de zile şi sunt intercalate de intervale de normalitate dar nu îndeplinesc criteriile unei depresii recurente uşoare sau medii;

↳ *iritabilitate şi anxietate* întreţinută de tulburările neurovegetative şi viscerale:

❑ oscilaţii tensionale;

❑ oscilaţii termice;

❑ oscilaţii ale ritmului cardiac;

❑ oscilaţii ale ritmului respirator;

❑ paroxisme algice precordiale sau musculare.

↳ *fatigabilitate rapidă* cu scăderea randamentului intelectual şi fizic;

↳ *simptome somatice* cu localizare variabilă;

↳ *manifestările sunt mai accentuate seara* când subiectul este epuizat şi apelează uneori la alcool sau automedicaţie în căutarea echilibrului afectiv şi a odihnei.

- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu:

↳ celelalte tulburări nevrotice;

↳ episoadele depresive incipente din:

❑ psihozele afective;

❑ psihozele schizoafective.

↳ stările de defect schizofren;

↳ depresiile cu substrat organic;

↳ decompensările unor personalităţi patologice.

- ***evoluţia*** *este favorabilă la 3/4 din cazuri* şi datorită dorinţei de vindecare complex exprimate a subiectului care încearcă să-şi compenseze tendinţele spre solitudine cu o angajare constantă în dialogul terapeutic.

TULBURAREA NEVROTICĂ ANXIOASĂ

- ***etiopatogenetic:***

↳ ***psihogenie declanşată de intervenţia unor factori psihotraumatizanţi sau stresanţi care:***

❑ *perturbă raportul dintre personalitatea subiectului* – ce prezintă uneori deficienţe sectoriale privitoare la calitatea imaginii de sine, autopercepţie, autocontrol – *şi reţeaua sa de suport social;*

❑ pot fi legaţi în mod specific pentru această formă de nevroză de tulburări ale instinctului sexual, de frustrări existenţiale prin separare, abandon sau prin pierderea unor valori materiale sau afective.

- ***clinic:***

  - domină *anxietatea generalizată sau difuză*, cu aşteptarea tensionată a unui pericol nedefinit, nelinişte investigatorie, dificultăţi de relaxare şi hipersimpaticotonie, manifestări care se intensifică seara şi în condiţii de izolare conjuncturală;
  - se asociază uneori *fobii fiziologice* – de boală, de întuneric sau de înălţime şi *patologice* – tanatofobia, lysofobia şi fobii sociale selective referitoare la contactul cu persoane străine şi cu mare probabilitate rău intenţionate în raport cu subiectul;
  - *apar în mod caracteristic conduite de securizare* prin căutarea vecinătăţii şi sprijinului unor persoane cunoscute sau de încredere;
  - este descrisă şi *anxietatea paroxistică sau atacul de panică* cu debut spontan diurn sau nocturn, o durată de câteva minute sau zeci de minute, însoţit de senzaţii de depersonalizare şi derealizare şi uneori de poliurie sau diaree;
  - *echivalenţele somatice ale anxietăţii alternează cu atacurile de panică* şi includ manifestări-cardiovasculare, respiratorii, digestive, genito-urinare, tulburări de dinamică sexuală, de echilibru şi mers;
  - *insomnii mixte şi fatigabilitate accentuată.*

- ***diagnosticul pozitiv*** se pune şi prin intermediul unor examinări paraclinice de excludere a unor alte explicaţii etiologice, acestea însă putând avea chiar ele un efect anxiogen.

- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu:

  - anxietatea din alte tipuri de nevroze;
  - anxietatea din: schizofrenii, oligofrenii, demenţe, toxicomanii;
  - atacurile de panică din urgenţele non-psihiatrice: infarctul miocardic, angina pectorală, boala trombembolică, astmul paroxistic, porfiria, tetania.

- ***evoluţia*** *este variabilă şi în mare masură dependentă de participarea anturajului social iar vindecările reprezintă o regulă.*

TULBURAREA ANXIOS-FOBICĂ

- ***are multe asemănări cu nevroza anxioasă dar spre deosebire de aceasta apare la personalităţi:***

  - *anankaste* = riguroase, ordonate, perfecţioniste, lipsite de spontaneitate, umor şi imaginaţie, cu trăiri afective sărace, incapabile de prietenie şi dragoste autentice care trăiesc după o ordine prestabilită şi exersată permanent;
  - *anxios-evitante* = cu autostimă scăzută, neîncredere în propriile capacităţi, hipersensibilitate, un exagerat simţ al ridicolului şi un stil de viaţă restrictiv care să confere maximum de siguranţă subiectului.

- ***etiologic*** este rezultatul *intervenţiei unor psihotraume repetate* sau a unor factori care modifică sau perturbă reţeaua de suport social sau condiţiile securizante de viaţă ale persoanei *pe terenul favorizant reprezentat de trăsăturile anankaste şi evitante,* care în contact cu noul şi neprevăzutul induc trăiri anxioase intense şi durabile; în condiţiile descrise subiectul *tinde să perceapă realitatea ca fiind subîmpărţită în două zone* – una de *siguranţă*

relaxantă în care funcţionează firesc şi una *neprotejantă şi nesigură* care îi întreţine neliniştea şi suspiciunea favorizând apariţia fobiilor.

- ***clinic*** domină:

  - *fobiile = frici patologice cu obiect bine precizat* dar iraţionale şi copleşitoare care – se subîmpart în trei categorii:

    - *fobii spaţiale* dintre care trebuie subliniată gravitatea agorafobiei care asociază atacuri de panică apărute în locuri publice, pe străzi, în magazine sau în mijloacele de transport în comun care blochează afectivitatea elaborată, activismului persoanei şi realizează tranziţia între episoadele succesive ale nevrozei fobice;
    - *fobii sociale* – mai frecvente la adolescenţi şi adulţi tineri;
    - *fobii speciale* – de animale, fenomene naturale, murdărie şi boli.

  - *conduite de asigurare şi de evitare a situaţiilor fobogene* care includ organizarea programului cotidian astfel încât să nu iasă din limitele unui spaţiu familiar, să ocolească condiţiile generatoare de trăiri fobice adesea şi prin căutarea asiduă a companiei unei fiinţe sau obiect securizant;

  - *anxietatea concentrică* = focalizată pe elementul fobogen, care este delimitată în timp de durata contactului cu acesta, asociază fenomene vegetative intense şi nu poate fi controlată voluntar.

- ***diagnosticul pozitiv*** este facilitat de particularităţile sindromului fobic şi de cele ale terenului predispozant.

- ***diagnosticul diferenţial*** – se face cu:

  - tulburarea nevrotică anxioasă şi depresivă;
  - debutul schizofreniilor;
  - decompensările personalităţilor dizarmonice de tip anxios, evitant şi obsesiv;
  - manifestările fobice din:
    - bolile vasculare cerebrale;
    - boala PARKINSON;
    - tulburările psihice posttraumatice şi postencefalitice;
    - fazele intercritice ale epilepsiei.

- ***evoluţia*** *tabloului clinic este extrem de oscilantă,* fenomenologia putându-se agrava prin abuzul de alcool şi tranchilizante făcut în scop anxiolitic şi prin complicaţii afective.

- *se ameliorează sub tratament în decurs de câteva săptămâni sau în timp* – în cazul formelor persistente – *odată cu înaintarea în vârstă.*

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

- ***psihogenie centrată pe elementele sindromului obsesiv, considerată cea mai rară, cea mai bine structurată şi cea mai gravă formă de nevroză, care afectează în mod egal cele două sexe;***

- ***etiopatogenetic:***

  - *implică intervenţia unor psihotraume repetate pe un teren favorizant reprezentat de personalităţi cu trăsături particulare de tip:*

- *anankast* – rigurozitate, ordine, meticulozitate, simţ hipertrofiat al datoriei şi al economiei, monotonie imaginativă, sărăcire şi lipsa de modulare afectivă;
- *psihasten* – nesiguranţă, ambivalenţă, ambitendinţă, dezorganizare în gândire şi activitate, cu tendinţa de a se lăsa condus alternând cu atitudini de revoltă şi agresivitate manifestă, trăsături practic complementare celor anankaste.

↳ se produce în urma intervenţiei descrise o creştere a nesiguranţei, a nevoii de autocontrol şi de verificare a subiectului care sunt responsabile de autosuprasolicitarea prin verificări obsesive extinse treptat în toate sectoarele existenţei individuale.

- ***clinic***:

↳ *idei, amintiri şi reprezentări obsesive* cu tematici tehnico-ştiinţifice, artistice, morale, religioase, de ordine, de complexitate, de autoprotecţie sau legate de perceperea scurgerii timpului; ele converg uneori spre manifestări ruminative care:

- parazitează activismul subiectului;
- îndeamnă la acte particulare, ridicole, cu semnificaţii simbolice, respinse de conştiinţă:
  - compulsiuni sau intenţii de acte obsesive însoţite de anxietate accentuată şi ostilitate latentă datorită nematerializării lor;
  - ritualuri:
    - *acţiuni mai complexe, aparent voluntare, cu desfăşurare invariabilă, fixă, însoţite de o stare de anxietate care cedează odată cu ele;*
    - pot include unele acţiuni îndreptate împotriva tematicilor obsesive realizând astfel strategii de apărare elaborate;
    - pot fi congruente cu obsesiile – *ablutomania* şi *ritualuri de verificare* sau
    - pot fi incongruente cu obsesiile:
      - *aritmomania*;
      - *onomatomania*:
      - *ritualuri de îmbrăcare*;
      - *repetarea unor cuvinte "cheie"*.

- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu:
  - ideile obsesive pasagere;
  - alte tulburări nevrotice;
  - decompensările personalităţilor cu trăsături patologice de tip:
    - anxios;
    - anankast;
    - psihasten.
  - debuturile schizofreniilor;

- psihozele afective unipolare depresive;
- tulburările obsesive din:
  - aterosclerozǎ;
  - epilepsia intercritică;
  - stările postmeningoencefalitice;
  - scleroza multiplă;
  - paralizia generală progresivă.

- ***evoluţia*** *este cronică, invalidantă în peste 1/2 din cazuri*, poate avea o anumită periodicitate în perioadele critice ale vieţii sau este caracterizată prin paroxisme obsesive de scurtă durată – îndeosebi la vârstnici, *la 1/6 din subiecţi fiind identificabilă cu debutul unor psihoze schizofrenice.*

TULBURAREA ISTERICĂ – DE CONVERSIUNE

- ***psihogenie cu tablou clinic polimorf care:***
  - *apare cu preponderenţă la personalităţi cu trăsături particulare* – egofilie, imaturitate şi labilitate afectivă, hiperexpresivitate, viaţă imaginativă bogată şi sugestibilitate;
  - *are o fenomenologie care reprezintă expresia unor trăiri subiective neplăcute şi neconştientizate putând fi reprodusă sau cedând prin sugestie.*
- ***etiologic*** – sunt implicaţi două categorii de factori:
  - declanşatori = psihotraume şi stări tensionale persistente;
  - favorizanţi = trăsături caracteriale de serie isterică, suferinţe organice oligosimptomatice sau subclinice şi prezenţa unui anturaj "receptiv".
- ***patogenetic:***
  - stările tensionale intrapsihice – care interesează prezentul sau pot invoca trecutul – sunt reprimate şi refulate în subconştient de unde sunt convertite în manifestări care "vizează" impresionarea anturajului;
  - sub influenţa unor intense sentimente de autocompătimire – care îi sunt specifice – subiectul se abandonează complet în seama celor din jur invocând inţelegere, ocrotire şi sprijin;
  - atenţia anturajului social reprezintă un beneficiu secundar care conjunctural poate fi material, afectiv sau moral şi completează un cerc vicios care cultivă rolul de suferind al subiectului.
- ***clinic:***
  - tablou de o extremă variabilitate care imită diverse stări maladive şi este dependent de nivelul intelectual şi de contextul socio-cultural al subiectului;
  - *include toate elementele sindromului isteric* cu aspect paroxistic sau persistent *alături de tulburări psihice disociative* – amnezii selective sau lacunare, sindromul GANSER, fugi şi stări crepusculare isterice.
- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu:
  - trăiri şi manifestări hiperexpresiv-captative încadrabile în sfera normalităţii;
  - alte nevroze;
  - decompensările personalităţilor dizarmonice de tip isteric;

- psihozele schizofrenice;
- bolile psihosomatice – în determinismul cărora manifestările isterice pot avea o contribuţie semnificativă;
- boala comiţială;
- isteroepilepsia;
- crizele sincopale şi spasmofilice – în cazul tulburărilor paroxistice.

- ***evoluţia*** *fenomenologiei este persistentă* – îndeosebi prin simptomele de conversiune somatică – şi există o evidentă tendinţă la cronicizare în condiţiile "permanentizării" beneficiului secundar.

TULBURĂRILE NEVROTICE MOTORII SAU MIXTE

- apar cu predilecţie la vârsta copilăriei;
- sunt declanşate şi întreţinute atât de influenţe psihosociale negative cât şi de factori somatogeni locali;
- *au un tablou clinic de o mare diversitate dominat de manifestările somato-motorii şi vegetative* la care se asociază fenomene *astenice, anxioase, fobice şi obsesive;*
- includ:
  - **crampele profesionale:**
    - *variantă clinico-etiologică al cărui debut se situează la vârsta adultă după angajarea în unele roluri profesionale cum sunt cele care impun* – atât cantitativ cât şi calitativ – *apelul la acte motorii stereotipe* precum scrisul, dactilografiatul sau cântatul la diverse instrumente;
    - *apar* datorită acţiunii unor psihotraume, suprastimulării psihice sau fizice sau unei atmosfere psihologice nefavorabile legate de condiţiile improprii de activitate, de caracterul neplăcut sau nepotrivit cu aptitudinile personale al acesteia – *pe un teren caracterial fragil sau imatur afectiv-volitiv* incluzând trăsături accentuate sau dizarmonice de tip anxios;
    - substratul patogenetic constă într-o perturbare a sistemului reglator al contracţiilor musculaturii sinergice care – aferent comenzii primite – are *o formă de manifestare spastică şi una paralitică;*
    - ***clinic*** se descriu:
      - contracturi intermitente ale musculaturii membrelor superioare care imobilizează în poziţii forţate degetele mâinii, antebraţului şi braţului afectând principalele stereotipii motorii profesionale;
      - anxietate difuză şi anticipativă, labilitate emotivă, scăderea eficienţei cognitive, tulburări neurovegetative constante;
      - examenul neurologic nu evidenţiază modificări ale sensibilităţii profunde sau superficiale;
      - conduite, ritualuri sau diverse remedii cu rol compensator ale subiectului, care hiperconştientizează ridicolul situaţiei şi datorită faptului că *mişcarea respectivă poate fi executată corect în orice context non-profesional.*

- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu:
  - alte tipuri de tulburări nevrotice sau neurologice;
  - manifestări asemănătoare apărute cu precădere la sexul masculin deşi datele epidemiologice nu sunt concludente.
- ***evoluţia*** *este trenantă, cu frecvente recăderi care conduc adeseori spre schimbarea profesiei respective.*

↳ **nevroza ticurilor**:

- dominată clinic de tulburări diskinetice = *ticuri – mişcări bruşte, repetitive, fără sens, cu localizare unică sau multiplă care reproduc schematic parţial sau total o mişcare sau un gest voluntar;*
- *afectează cu precădere faţa şi extremitatea cefalică,* nu pot fi controlate volitiv decât pentru o scurtă perioadă de timp dar sunt conştientizate uneori penibil de subiect;
- apar mai frecvent la băieţi decât la fete, de obicei în primul deceniu de viaţă dar se pot instala şi la vârste critice cum sunt pubertatea şi climaxul;
- dispar în somn sau la distragerea atenţiei;
- ***etiologic*** sunt incriminaţi:
  - *factori declanşatori:*
    - psihotraume;
    - eşecuri;
    - conflicte;
    - excese educative.
  - *factori favorizanţi:*
    - stările de surmenaj;
    - trăsăturile psihologice precum:
      - imaturitatea afectivă asociată unui super-ego puternic;
      - nesiguranţă;
      - anxietate;
      - hiperexpresivitate;
      - teatralism sau rigiditate psihocomportamentală.
    - boli somatice.
- *au ca substrat mecanisme imitative sau fixarea unei reacţii de apărare* la asocierea factorilor etiologici descrişi;
- ***clinic:***
  - debutează insidios la diverse grupe musculare de la care pot însă migra ulterior şi pot fi legate de o jenă vestimentară sau de o afecţiune preexistentă – blefarită, conjunctivită, eczeme, alergii;

- asociază manifestări nevrotice precum astenia, anxietatea, elemente fobice şi obsesive, insomnii, cefalee, tulburări neurovegetative şi în aproape o treime din cazuri alte tablouri clinice de nevroze motorii;
- parazitează în mod tranzitor sau persistent activismul, prezenţa şi raporturile sociale ale subiectului.

- ***diagnosticul diferenţial*** trebuie făcut cu:
  - ticurile cu substrat organic cunoscut – local sau cerebral;
  - coreea acută şi cronică;
  - spasmele musculare şi miocloniile;
  - stereotipiile motorii;
  - boala ticurilor sau sindromul *GILLES de la TOURETTE.*
- ***evoluţia*** *este acută la copii şi persistentă la adulţi*.

↳ **logonevrozele** – **balbismele nevrotice:**

- *psihogenii caracterizate prin tulburări ale ritmului şi fluenţei vorbirii ca urmare a perturbării coordonării musculaturii fonatorii prin mecanism anxios, depresiv sau obsesiv;*
- apar mai frecvent la băieţi, îndeosebi la stângaci, la debutul celei de-a doua copilării când se realizează trecerea la vorbirea în fraze, dar întreaga perioadă infanto-juvenilă este una de maximă vulnerabilitate datorită discrepanţei dintre posibilităţile de exprimare şi capacităţilor cognitive;
- ***etiologic*** sunt incriminate:
  - psihotraumele din prima copilărie;
  - deficienţele comunicării intrafamiliale;
  - suprastimularea verbală din partea unor mame anxioase sau imature afectiv;
  - debilitatea funcţională a aparatului fonator.
- ***clinic:***
  - se descriu patru forme de balbism sau bâlbâială nevrotică:
    - *forma inhibată* – caracterizată prin blocajul brusc al vorbirii;
    - *forma clonică* – cu repetarea primei silabe a primului cuvânt din propoziţie;
    - *forma tonică* – în care pronunţarea primei silabe a cuvântului este precedată de un vizibil efort tensionat urmat de o expunere precipitată şi penibilă;
    - *forma mixtă* – care îmbină manifestările clonice şi tonice şi este cel mai frecvent întâlnită.
  - se asociază de cele mai multe ori:
    - tulburări fonatorii şi respiratorii:
      - spasm laringian;
      - spasm al limbii;
      - spasm al buzelor;
      - spasm al vălului palatin.

- tulburări respiratorii – tahiaritmie respiratorie;
- sincinezii musculare şi gesturi parazite:
  - clipit;
  - grimaserii;
  - contracţii ale musculaturii cervicale.
- tulburări neurovegetative:
  - tahicardie;
  - transpiraţii;
  - oscilaţii termice cutanate.
- stări de anxietate anticipativă, logofobie şi chiar sociofobie.

- tulburările cedează în somn sau atunci când subiectul intens motivat relatează date bine cunoscute sau cântă.

- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu:
  - întârzierile în dezvoltarea vorbirii;
  - oligofreniile.
- ***evoluţia*** *este cronică deşi aproximativ jumătate din cazuri se pot vindeca în mod spontan.*

↳ **enurezisul nevrotic:**

- *micţiune completă, involuntară şi repetată survenită în somn, în perioada celei de-a doua copilării şi având un determinism psihogen;*
- apare mai frecvent la băieţi iar etiopatogenetic este condiţionat de contribuţia influenţelor socio-familiale în controlul şi disciplinarea actului micţional; astfel sunt cu preponderenţă incriminate psihotraumele, frustrările, inconsecvenţele educative, armonia ambianţei şi trăirilor afective – ultimele direct legate de pierderea accidentală a controlului sfincterian;
- *poate avea un caracter primar* – atunci când incontinenţa fiziologică continuă peste limita de vârstă admisă *sau secundar* – când apare după o perioadă de control sfincterian normal de câteva luni până la un an de zile;
- ***clinic*** – pierderi de urină în timpul somnului de noapte, foarte rar de zi care asociază manifestări nevrotice nocturne şi diurne;
- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu enurezisul cu substrat organic din:
  - malformaţiile congenitale urogenitale şi ale coloanei vertebrale;
  - infecţiile urinare persistente;
  - parazitoze intestinale;
  - leziuni posttraumatice;
  - diabet;
  - epilepsie;

- bolile somatice care scad rezistenţa organismului şi pot fi considerate factori favorizanţi etiologici.

❑ ***evoluţia şi prognosticul*** sunt favorabile cu atât mai mult cu cât vârsta debutului este mai mică.

↳ **encoprezisul nevrotic:**

❑ *pierderi repetate, puţin abundente şi incomplete de materii fecale cu caracter diurn la vârsta de peste 3 ani* – la care controlul sfincterian este deja instalat;

❑ are particularităţi etiopatogenetice şi evolutive foarte asemănătoare enurezisului nevrotic.

↳ **pavorul nocturn nevrotic:**

❑ *tulburare de tip crepuscular a conştiinţei având aspectul unei crize de panică ce întrerupe somnul în primele trei ore de la instalare,* de obicei în faza de somn lent profund;

❑ apare la copii şi mai rar la adolescenţi, este favorizat de psihotraumele cotidiene sau de programul de seară cu lecturi şi filme de groază, poate fi însoţit de automatisme precum mersul sau fuga şi e urmat de amnezie lacunară;

❑ trezirea progresivă determină retrocedarea simptomatologiei;

❑ ***diagnosticul diferenţial*** se face obligator cu:

- manifestările asemănătoare declanşate de supraalimentaţia vesperală;
- epilepsia temporală;
- vegetaţiile adenoide;
- afecţiuni gastro-intestinale;
- spasmofilie;
- fazele remisionale ale psihozelor reactive.

↳ **automatismul ambulator nocturn nevrotic sau somnambulismul**:

❑ *tulburare de tip crepuscular a conştiinţei cu executarea unor mişcări complexe şi coordonate în spaţiul imediat sau la distanţă;*

❑ apare în prima parte a nopţii şi este urmat de amnezie lacunară, factorii psihotraumatizanţi fiind decisivi în determinismul fenomenologiei;

❑ *are o evoluţie favorabilă cu vârsta sau sub tratament ca şi pavorul nocturn nevrotic şi trebuie diferenţiat de manifestările asemănătoare cu substrat comiţial.*

PSIHOZELE SCHIZOFRENICE ŞI PSIHOZELE CRONICE DELIRANTE SAU TULBURĂRILE DELIRANTE PERSISTENTE

PSIHOZELE SCHIZOFRENICE

- categorie de psihoze predominant endogene, de etiologie încă insuficient clarificată, pentru care sunt definitorii:

- ***disoluţia progresivă şi generalizată a unităţii psihismului şi a personalităţii precum şi a comunicării cu lumea reală*** – corespunzător termenului grecesc schizis = fragmentare, dezintegrare, rupere;
- ***evoluţia ondulantă sau progredientă care duce la o stare de defect cronic clinic şi social;***
- ***înstrăinarea bizară de condiţia umană aferent închiderii în sine patologice = autism*** cu invazia intempestivă a pulsiunilor elementare şi a imaginilor simbolice în câmpul conştiinţei şi instalarea fenomenelor halucinator-delirante.

- au fost cunoscute sub denumirea de "demenţă precoce" dată de MOREL în 1851, terminologia actuală aparţinând lui BLEULER începând cu anul 1911;
- pot fi comentate:
  - prin prisma simptomelor:
    - *primare* – care aparţin cu precădere sindromului disociativ;
    - *secundare* – din cadrul sindromului delirant-halucinator.
  - din perspectiva fenomenelor:
    - *productive* = schizofrenia cu simptome pozitive – care aparţin sindroamelor delirant-halucinator şi de influenţă xenopatică;
    - *deficitare* = schizofrenia cu simptome negative – care aparţin cu predominenţa sindroamelor disociativ, apato-abulic şi de depersonalizare.
- ***clinic*** diversele variante sindromologice descrise se combină concomitent sau succesiv;
- ***epidemiologic:***
  - *prevalenţa bolii în populaţia generală este de 1-1,5%,* iar un procentaj de 0,025-0,050% din populaţie se află sub tratament psihiatric specific în fiecare an;
  - sunt afectate în mod egal ambele sexe dar debutul este mai precoce la bărbaţi –între 15-25 ani decât la femei – 25-35 ani, 90% dintre cazurile tratate având între 15-55 ani;
  - schizofrenia este mai răspândită în emisfera nordică decât în cea sudică şi apare mai frecvent la persoanele născute iarna şi la începutul primăverii;
  - indicele de natalitate printre schizofreni este apropiat – datorită sistemului de îngrijire comunitară – de cel al populaţiei generale, dar cel de mortalitate este mai ridicat datorită asocierii – în 80% din cazuri a unor afecţiuni somatice, nediagnosticate în proporţie de 50%;
  - este descrisă de asemenea o frecvenţă crescută a nicotinismului şi a consumului abuziv de alcool şi droguri faţă de populaţia generală;

↳ prevalenţa bolii este mai ridicată în zonele urbane aglomerate şi în segmentele de populaţie cu un nivel social-economic redus, de asemenea domină în socio-culturile de tip occidental în raport cu cele orientale sau din ţările lumii a treia.

- ***etiologia:***

↳ *este multifactorială* şi explică varietatea clinico-evolutivă a schizofreniilor şi diversitatea răspunsurilor terapeutice;

↳ sunt incriminaţi:

❑ *factori genetici* – prezenţa bolii la unul sau ambii părinţi creşte riscul de transmitere la rudele de gradul întâi de la 8 ori până la 47 de ori;

❑ *factori biologici:*

- anormalităţi de dezvoltare sau degenerescenţa neuronilor sistemului limbic, cortexului frontal şi ganglionilor bazali – exprimată prin mişcările anormale oculare sub influenţa unor factori de mediu;
- modificări ale metabolismului unor neurotransmiţători – dopamina, noradrenalina, serotonina şi a sistemului GABA;
- prezenţa unei atrofii corticale periventriculare prin anomalii de dezvoltare sau cu substrat degenerativ;
- modificări de origine virală a sistemului imunitar cu diminuarea celulelor-T, a reacţiei limfocitare şi apariţia unor anticorpi anticreier;
- scăderea concentraţiilor hormonilor LH, FSH corespunzător debuturilor tardive şi duratei bolii, precum şi a prolactinei şi hormonului somatotrop în cazul predominenţei simptomelor negative;
- hiperexcitabilitate EEG care implică lobul temporal şi explică capacitatea redusă de diferenţiere senzorială auditivă.

❑ *factori constituţionali:*

- biotipali – frecvenţa crescută a bolii la tipul astenic-leptosom;
- psihotipali – rolul favorizant al psihotipului schizoid.

❑ *factori psihosociali:*

- modele comportamentale negative;
- disfuncţionalitatea relaţiilor parentale;
- supra- sau substimularea emoţională a copiilor;
- stresul secundar industrializării şi urbanizării;
- evenimente de viaţă psihotraumatizante intense sau repetate.

- ***debutul*** schizofreniilor poate fi:

↳ *insidios:*

- *pseudopsihopatic* prin accentuarea trăsăturilor personalităţii premorbide de tip schizoid sau schizotipal;
- *pseudonevrotic* de tip neurasteniform, hipocondriac, isteric, obsesivo-fobic, anxios;
- *prin structurarea progresivă a delirului primar pe un teren premorbid cu sau fără trăsături predispozante.*

↳ *psihotic acut:*

- de tip confuziv, afectiv, atipic sau prin bufee delirant-halucinatorii;
- monosimptomatic – medico-legal – prin fugi, dezinhibiţie sexuală, comportament auto- sau heteroagresiv de gravitate extremă.

- ***clinic:***

↳ *se asociază în diverse combinaţii simptome aparţinând sindroamelor:*

- *delirant-halucinator;*
- *disociativ;*
- *de influenţă xenopatică;*
- *apato-abulic;*
- *de depersonalizare şi derealizare.*

↳ *fenomenologia dominată de simptome pozitive sau negative dezorganizează psihismul şi personalitatea şi izolează subiectul de lumea exterioară;*

↳ tulburările perceptuale – *halucinaţii şi pseudohalucinaţii auditive cu caracter imperativ negativ care sunt patognomonice,* halucinaţii şi pseudohalucinaţii corporale şi vizuale respectiv olfactive şi gustative, acestea din urmă fiind mai puţin semnificative;

↳ *tulburările atenţiei sunt nespecifice* – hipoprosexia spontană şi voluntară sunt secundare detaşării şi dezinteresului faţă de ambianţă;

↳ *hipomnezia de fixare este de asemenea nespecifică* şi este secundară hipoprosexiei; în hebefrenie şi în forma paranoidă a schizofreniei se descrie mentismul hipermnezic iar paramneziile reprezintă de fapt interpretări delirante ale unor conţinuturi mnestice;

↳ *tulburările gândirii – sunt rezultatul structurării delirului primar* şi se desfăşoară pe fondul păstrării stării de luciditate a conştiinţei:

- cantitativ – inconsecvenţă şi incoerenţă ideativă însoţită de cea verbală mergând până la schizofazie, ambivalenţă ideativă, fading mintal, perseveraţii şi stereotipii ideative şi verbale, baraje mintale şi verbale;
- calitativ:
  - idei delirante nesistematizate, ilogice, bizar argumentate, cu tematici variate;
  - idei de persecuţie, urmărire, mistice, de invenţie, cosmogonice care se potenţează reciproc cu fenomenele halucinatorii;

- se pierde legătura între ceea ce este esenţial respectiv neesenţial, devin dominante metaforele, abstractizările şi conceptualizările subiective.

↳ *limbajul* conţine simboluri, neologisme şi paralogisme, este ermetic, hiperelaborat, straniu, *îşi pierde capacitatea de comunicare şi are adeseori aspect de monolog – vorbirea cu sine însuşi = solilocvia fiind patognomonică schizofreniilor;*

↳ *tulburările afectivităţii* – decolorare şi rigiditate afectivă cu fragmentarea dispoziţiei şi a emoţiilor elaborate, trăiri afective paradoxale incluzând ambivalenţa şi inversiunea afectivă, modalităţi de expresie bizare şi imprevizibile;

↳ *viaţa instinctuală:*

- *este global pervertită confirmând dezorganizarea psihismului*;
- sunt afectate instinctul alimentar şi cel de apărare prin episoade bulimice sau anorexice, parorexii, ignorarea pericolelor, precum şi instinctul sexual şi cel matern prin modalităţi viciate de desfăşurare a actului sau de alegere a partenerului sexual, respectiv prin abandonul copilului sau infanticid cu ignorarea oricăror norme sau reglementări comunitare;

↳ *mimica şi comportamentul exprimă sau disimulează uneori tematicile halucinator-delirante* fiind bizare, desprinse de context, incomprehensibile pentru anturaj, caricaturale datorită fenomenelor parakinetice şi catatonice prezente în diverse combinaţii;

↳ *se asociază – cu precădere în cazurile cronicizate – modificări somatice nespecifice* secundare ignorării regulilor de igienă personală, medicaţiei neuroleptice sau dereglărilor neurovegetative precum – oscilaţii ale pulsului, temperaturii corporale, ale apetitului şi curbei ponderale, ale tranzitului digestiv şi funcţiei excretorii renale, cianoza periferică, amenoreea şi în mod cvasipatognomonic – midriaza şi analgezia, aceasta din urmă fiind explicaţia posibilă a automutilărilor.

- ***paraclinic:***

↳ *examenul pneumoencefalografic* a permis stabilirea unei corelaţii pozitive între severitatea simptomelor negative şi aceea a atrofiei corticale exprimată prin dilatarea ventriculului al treilea, fiind descrisă chiar şi o formă de "schizofrenie cenestezică" dominată de parestezii şi acuze cenestopate cu substratul neurologic descris;

↳ *examinările electroencefalografice* oferă date controversate, fiind descrise elemente paroxistice în fazele de reacutizare şi în cele catatonice, descărcări de unde lente sau înlocuirea ritmului alfa cu unde mai lente întrerupte în mod neregulat de frecvenţe rapide.

- ***formele clinice:***

↳ ***schizofrenia hebefrenică*** sau ***deorganizată:***

- *apare cel mai precoce,* de obicei la sfârşitul decadei a doua şi începutul celei de a treia decade a vieţii;
- mai este denumită şi "demenţa neroada" şi trebuie diferenţiată în primul rând de "crizele adolescentine" pentru că are drept caracteristici clinico-evolutive:
  - stări de reverie şi ruminaţii pe teme abstracte;

- idei delirante megalomanice sau interpretative ilogice, fugace, incongruente cu dispoziţia şi cu expresia mimico-pantomimică;
- decolorare şi inversiune afectivă;
- limbaj coprolalic, cu glume absurde, însoţit de râs sau plâns acontextual;
- comportament caricatural, impertinent, stupid, un semn caracteristic fiind privitul prelungit şi nemotivat în oglindă;
- în ansamblu, dominanţa sindromului disociativ induce o degradare cognitivă severă care conferă acestei forme clinice *prognosticul cel mai nefavorabil.*

↳ ***schizofrenia catatonică:***

❑ *formă cu o frecvenţă în scădere progresivă* care asociază clinic elementele sindromului catatonic şi cele aparţinând sindroamelor delirant-halucinator şi disociativ;

❑ ca extreme fenomenologice sunt prezente imobilitatea sau agitaţia motorie iar ca şi semne cvasipatognomonice ecomimia, ecolalia şi ecopraxia.

↳ ***schizofrenia paranoidă*:**

❑ *cea mai tipică şi mai frecventă formă clinică, care debutează* după încheierea personogenezei *la sfârşitul celei de-a doua sau în cea de-a treia decadă de viaţă;*

❑ clinic sunt dominante elementele sindromului delirant-halucinator şi a celui de transparenţă-influenţă dar lipsa suportului afectiv şi nivelul de maturizare şi de funcţionare în roluri a persoanei nu permit dezorganizarea psihismului şi îndepărtarea progresivă de realitate;

❑ evolutiv, deşi existenţa subiectului este dominată uneori de stări tensionale, suspiciozitate, replieri şi ostilitate, păstrarea capacităţilor intelectuale şi parţial a celor relaţionale conferă acestei forme clinice *prognosticul cel mai favorabil.*

↳ ***schizofrenia simplă:***

❑ este caracterizată prin scăderea progresivă a motivaţiilor, curiozităţii şi a aptitudinilor cognitive şi relaţionale, *fiind dominată clinic de simptome negative* cu afectarea persistentă dar stabilizată – după un anumit număr de ani – a funcţionării în rolurile sociale şi profesionale.

↳ ***schizofrenia tardivă:***

❑ *forma controversată cu debut în decada a cincea de viaţă* în condiţiile absenţei fenomenelor de deteriorare cognitivă;

❑ clinic sunt caracteristice elementele sindromului delirant-halucinator dar cu idei delirante bine sistematizate, ancorate în conflicte prepsihotice cu mare încărcătură afectivă iar halucinaţiile auditive şi tactile au conţinut şi localizare uro-genitală;

❑ se asociază episoade anxioase sau confuzive de scurtă durată dar evoluţia este favorabilă, cu o relativ bună remisie socială.

↳ ***schizofrenia nediferenţiată:***

❑ clinic este caracterizată prin *asocieri de simptome aparţinând celorlalte forme clinice* fără reprezentarea dominantă a vreuneia dintre ele.

- ***schizofrenia latentă:***
  - definită prin manifestări de tip schizofrenic care nu ating intensitatea clinică şi corespund particularităţilor personalităţilor patologice schizoidă şi schizotipală.
- ***schizofrenia reziduală:***
  - *dominată clinic de simptome negative persistente* – dar nu ireversibile – care *urmează unui episod cu durată de cel puţin un an de zile sau mai multor episoade cu simptome pozitive, floride*.
- ***schizofrenia afectivă:***
  - *formă clinică controversată* în cadrul căreia se combină în diverse variante simptome aparţinând sindroamelor depresiv şi maniacal respectiv delirant-halucinator, disociativ şi de transparenţă-influenţă;
  - *sindroamele de serie discordantă nu sunt congruente cu cele afective şi persistă cel puţin o lună după remisiunea acestora;*
  - evoluţia este ciclică, asemănătoare psihozelor afective, cu remisiuni interepisodice cvasicomplete, complicaţia majoră rămânând însă riscul suicidar.

- ***diagnosticul pozitiv*** – este susţinut de date anamnestice, hetero-anamnestice şi clinice care confirmă:
  - *prezenţa asociaţiilor de simptome pozitive şi negative* grupate în sindroamele delirant-halucinator, disociativ, de influenţă xenopatică, catatonic, schizo-defectual, de derealizare şi depersonalizare;
  - *un teren premorbid vulnerabilizat endogen;*
  - *intervenţia – uneori inaparentă – a unor factori psihotraumatizanţi sau a unor evenimente de viaţă stresante,* psihometrice care confirmă premorbid trăsături de personalitate de tip schizoid, schizotipal, borderline sau paranoic sau/şi fenomene deteriorative intelectuale care progresează paralel cu evoluţia bolii.

- ***diagnosticul diferenţial:***
  - se face cu manifestări asemănătoare:
    - tulburări schizofreniforme – de natură organică şi neurologică, induse de toxice: alcool, droguri;
    - posttraumatice;
    - infecţioase din: pelagra, sifilis, SIDA, encefalita herpetică;
    - medicale: avitaminoze, porfirie, lupusul eritematos diseminat;
    - neurologice: tumori intracraniene, hidrocefalia cu presiune normală, epilepsia, coreea HUNTINGTON, boala CREUTZFELDT-JAKOB, lipoidoza cerebrală, vasculopatiile cerebrale;
    - psihiatrice – crizele adolescentine, personalităţile patologice de grup A şi borderline, tulburările psihotice reactive şi cele tranzitorii cu simptome schizofrenice, psihozele afective uni- şi bipolare, psihozele isterice, psihozele cronice delirante şi tulburările schizoafective;

- ***evolutiv***:
  - *este specifică evoluţia persistentă şi tendinţa de cronicizare a simptomatologiei;*
  - *de cele mai multe ori – exceptând forma hebefrenică – evoluţia este ondulantă cu faze de exacerbare şi de remisiune alternante;*

- adeseori după primul episod morbid remisiunea este durabilă şi aproape completă permiţând reintegrarea în rolurile socio-profesionale;
- *recăderile sunt însă aproape o regulă în următorii cinci ani de zile* iar simptomele defectuale devin treptat tot mai bine reprezentate, împiedicând reîntoarcerea la nivelul de funcţionare anterior – fapt care diferenţiază în mod semnificativ psihozele schizofrenice de cele afective;
- în timp simptomele pozitive devin mai puţin intense în cursul fazelor de reacutizare iar acestea:
  - se remit total sau parţial;
  - sunt urmate de stări de defect care rămân stabile sau progresează în timp.
- *o treime dintre cazuri ating un nivel de remisiune clinică şi socială care să le permită reintegrarea – chiar şi parţială sau marginală – în comunitate*;
- *la două treimi din cazuri*, frecvenţa internărilor, nivelul semnificativ al stărilor defectuale şi mentalitatea colectivă determină şi întreţin *un permanent deficit de inserţie socială;*
- *factorii de prognostic pozitiv sunt:*
  - debutul acut şi tardiv;
  - factori precipitanţi evidenţi;
  - asocierea elementelor afective;
  - ereditate familială afectivă;
  - integrare corespunzătoare în rolurile premorbide familial, profesional şi social;
  - reţea de suport social eficientă;
  - prezenţa dominantă a simptomelor pozitive.
- *factorii agravanţi ai prognosticului* sunt:
  - debutul insidios la vârstă tânără;
  - absenţa unor factori precipitanţi aparenţi;
  - ereditate familială discordantă;
  - statut familial, profesional şi social deficitar premorbid;
  - reţea de suport social deficitară cantitativ şi calitativ;
  - dominanţa simptomelor negative;
  - recăderi frecvente în primii trei ani de evoluţie;
  - existenţa unor complicaţii perinatale, a carenţelor afective şi a psihotraumelor în prima copilărie.
- după 5-10 ani de evoluţie a bolii doar o zecime dintre cazuri au o remisiune bună iar în 40-60% dintre ele simptomatologia persistă toată durata vieţii.

- ***atitudinea terapeutică:***

- *trebuie să se adreseze atât fenomenologiei productive cât şi celei defectuale şi să favorizeze o cât mai completă şi durabilă reinserţie a subiectului în ambianţă;*
- ***profilactic:***
  - se apelează la supravegherea medicală a grupelor cu risc crescut:

- copiii născuţi din mame schizofrene, cei cu ereditate familială afectivă sau dizarmonică precum şi copiii cu mari carenţe educaţional-afective variabil motivate;
- personalităţile patologice de tip schizoid, schizotipal, paranoic, borderline, obsesiv-compulsiv.

➥ ***curativ:***

❑ *chimioterapia:*

- *reprezintă veriga terapeutică principală,* deşi ea se adresează simptomelor şi nu bolii propriu-zise;
- apelează la medicaţia neuroleptică sau antipsihotică – cu efect sedativ central – aplicată iniţial întotdeauna în condiţii de spitalizare;
- sunt utilizate în prezent două categorii de neuroleptice, în funcţie de profilul psihofarmacologic:
  - ***antagoniştii receptorilor dopaminergici:*** CLORPROMAZIN, HALOPERIDOL, TIORIDAZIN, SULPIRID care se dovedesc utile în 1/4 din cazuri şi au efecte extrapiramidale secundare, complicaţiile majore fiind diskinezia tardivă şi sindromul neuroleptic malign;
  - ***antagoniştii dopaminergici-serotoninergici***: CLOZAPINA, RISPERIDONA, OLANZAPINA şi ZIPRASIDONA care se dovedesc eficienţi pentru un număr mai mare de pacienţi, sunt la fel de utili ca şi HALOPERIDOLUL în simptomele pozitive, dar în mod specific se adresează şi celor negative, nu produc efecte extrapiramidale ci uneori hipotensiune, somnolenţă, creştere ponderală şi agranulocitoză – CLOZAPINA; *ele aparţin categoriei neurolepticelor atipice.*
- sunt importante:
  - definirea simptomelor ţintă;
  - alegerea neurolepticului în funcţie de eficienţa sa anterioară în cazul dat;
  - administrarea – în doză adecvată – a preparatului 4-6 săptămâni şi asocierea neurolepticelor între ele sau cu preparate anticonvulsivante doar în cazurile rezistente – CARBAMAZEPIN, VALPROAT SODIC, săruri de LITIU, tranchilizante minore.
- *cura neuroleptică propriu-zisă* pentru cele două subclase de preparate descrise implică:
  - administrarea iniţial parenterală a preparatului inhibitor al receptorilor dopaminergici timp de 3-7 zile după care se tatonează doza zilnică per-orală, în ambele variante administrarea fiind făcută de 2-3 ori pe zi;
  - dozele se înjumătăţesc la vârstnici şi de asemenea în faza ambulatorie a tratamentului care poate apela şi la preparate depōt – cu efect persistent de 1-4 săptămâni, precum FLUANXOL, MODECATE, MODITEN, HALDOL-DECANOAT;

- efectele extrapiramidale sau diskinezia tardivă pot apărea în orice fază a curei descrise, de aceea se asociază de la început preparate antiparkinsoniene;
- administrarea per-orală a dozei zilnice utile de neuroleptic atipic – o dată sau de două ori pe zi – care continuă într-un dozaj identic sau scăzut cu 30-50% în faza extraspitalicească;
- efectele antipsihotice apar în primele două săptămâni de tratament dacă a fost stabilită doza optimă şi există o bună complianţă terapeutică – *de obicei răspund primele fenomenele psihomotorii şi apoi cele productive;*
- *după două săptămâni în care nu apar modificările aşteptate se impune schimbarea neurolepticului cu alt preparat iar dacă nu se produce o remisiune semnificativă sub neuroleptice în decurs de 3 luni de zile cazul este considerat refractar la această variantă terapeutică;*
- *cazurile rezistente* impun apelul la *tratamentul electroconvulsivant*, acesta fiind electiv în tablourile catatonice şi schizoafective – când negativismul şi agitaţia psihomotorie reprezintă un pericol vital; după o corectă evaluare a stării somatice, cu precădere a sistemului nervos şi cardiorespirator, se aplică serii de 8-10 şedinţe cumulate de electrosomn cu renunţarea la chimioterapie pentru perioada respectivă; fac excepţie dozele mici de tranchilizante sau hipnotice; după trei ani de evoluţie a bolii, efectele terapiei electroconvulsivante diminuă vizibil;
- *pentru a preveni recăderile tratamentul chimioterapeutic trebuie aplicat timp de un an de zile după primul episod, doi ani de zile după cel de-al doilea şi apoi fără întrerupere tot restul vieţii.*

❑ ***psiho-socioterapiile:***

- sunt favorizate de dozele mici de neuroleptice şi completează efectele curei neuroleptice deschizând calea reabilitării şi reinserţiei sociale şi uneori profesionale a schizofrenilor;
- cele mai eficiente variante aplicabile sunt:
  - *psihoterapiile individuale suportive* care vizează diminuarea detaşării emoţionale şi dezvoltarea capacităţilor de înţelegere şi prelucrare pozitivă a mesajelor interlocutorului;
  - *psihoterapiile comportamentale* care cultivă încrederea în sine, aptitudinile şi abilităţile motrice şi relaţionale interpersonale;
  - *psihoterapiile cognitive* prin care se încearcă corijarea erorilor de judecată şi estomparea dezinteresului pentru lumea obiectivă;
  - *terapiile de grup familial* care se adresează relaţiilor, obiceiurilor şi mentalităţilor intrafamiliale raportate la pacient şi la boala sa; ele trebuie să evite acele familii în care există un nivel ridicat de "expresie emoţională" în sensul că cel puţin unul dintre membrii manifestă faţă de subiectul reîntors la domiciliu atitudini exagerat de

binevoitoare sau de critice şi ostile; prelungirea acestor condiţii mai mult de 35 ore pe săptămână, a favorizat o creştere a frecvenţei recăderilor în următoarele 9 luni;

- *psihoterapiile de grup* care antrenează pacienţii în vederea creşterii sociabilităţii, a spiritului de apartenenţă la viaţa comunitară şi a capacităţilor de testare a realităţii;
- *ergoterapiile* = terapiile prin activitate, vizează mobilizarea abilităţilor restante în scopul reorganizării şi eficientizării conduitei.

- meloterapia, artterapia, cultterapia şi kinetoterapiile completează arsenalul terapeutic-reabilitativ şi facilitează integrarea progresivă într-un *sistem de asistenţă psihiatrică comunitară* care include*: cămine şi apartamente protejate, centre de zi dar şi de intervenţie în criză, cluburi şi asociaţii de voluntari sau de foşti pacienţi* care colaborează cu echipa terapeutică şi cu membrii familiei constituindu-se într-un sistem complex care dispensarizează, supraveghează şi sprijină pacienţii din comunitatea respectivă.

Mijloacele terapeutice folosite si eficienţa lor în psihozele schizofrenice sunt dependente de particularităţile terenului premorbid, de forma clinică şi stadiul evolutiv, de aptitudinile restante individuale dar şi de calitatea şi durata relaţiei terapeutice cu o echipă bine structurată, disponibilă şi lipsită de prejudecăţi, care să coalizeze personal medical şi non-medical într-un demers reabilitativ cu particularităţi unice.

PSIHOZELE CRONICE DELIRANTE SAU TULBURĂRILE DELIRANTE PERSISTENTE

- ***reprezintă un grup de tablouri psihopatologice dominate de sindromul delirant, care este în mod inconstant însoţit de halucinaţii şi de elemente aparţinând altor sindroame psihopatologice, cu precădere de cel depresiv;***

- *durata fenomenologiei delirante trebuie să fie de cel puţin 3 luni de zile* în condiţiile în care aceasta nu este explicabilă printr-o suferinţă organică cerebrală şi nu este precedată de simptome schizofrenice;

- *în mod cvsiconstant reacutizările fenomenologiei sunt urmate de stări de defect clinic şi/sau social;*

- includ:

- **PARANOIA SAU PSIHOZA CRONICĂ DELIRANTĂ INTERPRETATIVĂ** – denumită astfel şi descrisă iniţial de KAHLBAUM în 1863 ca o ***stare de anormalitate stabilizată cu idei delirante care afectează un anumit sector al psihismului;***

↳ *este o psihoză delirantă dominată de un sistem delirant bine sistematizat şi impenetrabil la argumente, experienţele existenţiale şi la persuasiune, la care nu se asociază halucinaţii;*

↳ *este rar întâlnită în clinica psihiatrică* pentru că subiecţii nu simt niciodată nevoia unui consult medical şi au o rigiditate comportamentală proverbială; prevalenţa este de 0,02-0,03%, incidenţa cazurilor noi anuale fiind de 1-3 la 100.000 de locuitori;

- vârsta medie a debutului este între 35-45 de ani iar raportul între sexe este uşor favorabil sexului feminin;

- ***etiopatogenic*** sunt incriminaţi:

  - *factori biotipali şi psihotipali* = biotipul picnic şi personalităţile cu trăsături dizarmonice de tip paranoic şi senzitiv;

  - *factori biografici* = experienţe de viaţă negative legate de discrepanţa dintre aspiraţiile personale şi posibilităţile de fond sau conjuncturale de realizare a acestora, situaţiile prelungite de izolare socială care facilitează diminuarea stimei de sine sau proiectarea propriilor defecte asupra celor din jur aşa cum se întâmplă şi în unele domenii profesionale – învăţământ, cercetare, carieră militară, atmosfera suspicioasă sau ostilă din familia parentală;

  - convingerea patologică se constituie insidios pornind de la *intuiţii patologice şi interpretări eronate ale informaţiilor din ambianţa* care, *favorizate de orgoliul, suspiciozitatea şi egocentrismul personalităţii premorbide, contribuie la structurarea* ***sentimentului adevărului propriu = paranoismul;*** între faptul trăit sau intuit şi interpretarea lui poate exista o perioadă de latenţă de luni sau ani de zile în cursul căreia subiectul acordă în mod progresiv semnificaţii negative secvenţelor existenţiale în raport cu sine însuşi; se organizează aparent logic o tematică delirantă argumentată până la un moment dat raţional, care însă elimină alte preocupări şi organizează existenţa subiectului într-o lume separată de cea reală; ***principalele tematici delirante sunt cele megalomanice şi de persecuţie;*** conştiinţa bolii psihice este absentă, dar atenţia şi memoria sunt intacte, fiind însă orientate selectiv spre conţinutul delirant; sunt descrise iluzii şi halucinaţii olfactive şi gustative congruente cu tematica delirantă; aceasta are un suport afectiv care închide un cerc vicios – astfel stările hipertimice pozitive întreţin delirurile megalomanice de invenţie, de misiuni deosebite iar anxietatea şi depresia susţin delirul de persecuţie, respectiv pe cel hipocondriac; ***convingerile delirante sistematizate modifică structura caracterială şi conferă o altă identitate subiectului.***

- ***formele clinice*** principale ale paranoiei sunt:

  - ***delirurile de interpretare****:*

    - debutul este insidios, dificil de stabilit în timp, declanşat şi întreţinut de fenomenele percepţiei delirante extra- şi intracorporale şi de interpretări retrospective;

    - ***delirul este bine sistematizat şi este structurat "în reţea"*** *pentru că părţile sale componente au puncte de plecare multiple în realitatea înconjurătoare* şi se constituie într-un mozaic insinuat profund în personalitatea subiectului;

    - tematicile delirante au un conţinut persecutoriu, interpretările patologice ale subiectului fiind legate de ideile sale de mărire, forţă, bogăţie sau superioritate spirituală;

    - în afara delirului subiectul poate avea un comportament normal, dar de cele mai multe ori el poartă amprenta ostilităţii şi agresivităţii latente sau manifeste, fapt care favorizează inducerea convingerilor patologice unora dintre persoanele din jur, care sunt dependente într-un fel sau altul de inductor, sunt mai sugestibile structural sau conjunctural sau fac parte din anturajul imediat al inductorului = *delir indus sau delir colectiv*;

    - se asociază cu intermitenţă episoade anxioase şi depresive de intensitate variabilă;

  - ***delirurile pasionale:***

- *se structurează cu precădere la personalităţi premorbide cu trăsături paranoice, obsesiv-compulsive sau senzitive, la care apare mai mult sau mai puţin spontan o idee prevalentă, care se îmbogăţeşte* ***"în lanţ"*** *prin elemente care provin din acelaşi domeniu al realităţii;*
- senzaţia de frustrare iniţială generează prin supracompensare o exaltare în plan ideator şi afectiv, cu *dezvoltarea binomului megalomanie-persecuţie agresivă* în cadrul unui sistem delirant "în sector", ce alienează comportamentul şi relaţiile cu cei din jur;
- principalele forme clinice descrise sunt:
  - ***delirul senzitiv de relaţie:***
    - delir interpretativ, instalat insidios la personalităţi senzitive ca urmare a perturbării raporturilor interpersonale prin repetatele situaţii umilitoare care rănesc un orgoliu exacerbat;
    - se dezvoltă astfel convigerea patologică, conform căreia, cei din jur cunosc, anticipează şi comentează negativ gândurile şi acţiunile subiectului;
    - structurarea delirantă este facilitată de condiţiile de izolare socială, de boli somatice sau defecte fizice invalidante, care favorizează tematicile de persecuţie sau de culpabilitate, inclusiv sexuală, aşa cum se întâmplă în *delirurile persoanelor cu invalidităţi grave şi în delirul masturbanţilor;*
    - evoluţia este strict dependentă de atitudinea anturajului şi pentru că reactivitatea subiecţilor este de tip hipostenic, ei se obişnuiesc să trăiască "alături de delir" sau în cursul unor paroxisme anxioase pot încerca tentative autolitice.
  - ***delirurile de revendicare:***
    - se caracterizează prin debutul brusc, într-o conjunctură care provoacă nemulţumire subiectului şi care poate fi mai mult sau mai puţin obiectivă şi obiectivabilă;
    - *pe fondul hipersensibilităţii structurale, exagerate de contactul cu cei din jur, devin dominante ideea prejudiciului şi necesitatea imperioasă de a face dreptate;*
    - ca variante tematice sunt descrise:

      delirurile de invenţie care postulează – pe terenul megalomanic – monopolul absolut asupra unor descoperiri extraordinare;

      delirurile revendicative care sunt însoţite de un comportament cverulent şi ostil, exprimat şi prin grafomanie şi procesomanie;

      delirurile idealiştilor pasionali, dominate de fanatismul religios sau politic şi de o incisivitate extremă în raporturile sociale;

      delirurile revendicative ale celor cu ascendenţă ilustră;

delirul paranoiac hipocondriac ***în care ideea de prejudiciu este centrată pe personalul medical;***

«nevroza de rentă» ***descrisă la cei cu tulburări psihice posttraumatisme cranio-cerebrale care revendică beneficii nejustificate;***

- *această categorie de deliruri au remisiuni minime şi rare şi ca urmare un prognostic rezervat;* uneori factorii conjuncturali sau vârsta pot facilita remisiuni sociale parţiale.

- ***delirul erotoman – psihoza pasională***:
  - *corespunde convingerii patologice a subiectului că este iubit de o persoană cu calităţi de excepţie sau cu o înaltă poziţie socială sau profesională care doreşte să se căsătorească cu el sau să i se dedice cu toată fiinţa;*
  - apare spontan sub forma unei revelaţii, cel mai frecvent la femei în vârstă, nemăritate dar şi la bărbaţi care duc o existenţă izolată, au un statut socio-profesional şi o viaţă sexuală deficitară – în cazul lor sunt descrise majoritatea covârşitoare a complicaţiilor medico-legale;
  - interpretând toate reţinerile şi refuzurile presupusului partener, drept verificări ale sentimentelor sale, subiectul trece treptat de la faza de speranţă la cele de dezamăgire şi ură precum şi la convingeri persecutorii care pot determina conduite de răzbunare culminând cu tentative de omucidere;
  - prognosticul este rezervat.
- ***delirul de gelozie – paranoia conjugală:***
  - *convingerea patologică a subiectului că este înşelat de către partener cu verificare minuţioasă a raporturilor interpersonale şi a programului acestuia;*
  - este mai frecvent la sexul masculin iar debutul este brusc şi favorizat de abuzul de alcool, care poate şi întreţine simptomatologia;
  - simţindu-se ineficient şi ironizat în căutarea probelor dorite, persecutatul devine persecutor şi poate avea manifestări agresive faţă de partener sau rival, astfel că internarea devine obligatorie;
  - *evoluţia este cronică, remisiunile fiind parţiale şi de scurtă durată;* singura modalitate de vindecare rămâne decesul partenerului.

↳ ***diagnosticul pozitiv*** se pune pe baza caracterului sistematizat şi plauzibil iniţial al ideilor delirante apărute pe un teren caracterial predispozant, durata simptomatologiei fiind de minimum 3 luni de zile;

↳ ***diagnosticul diferenţial*** se face cu schizofreniile şi cu alte tulburări delirante de origine psihogenă, toxică sau cu substrat organic;

↳ ***abordarea terapeutică*** *a delirurilor paranoice este întotdeauna de maximă dificultate, pentru că ele sunt practic incorigibile:*

- *chimioterapia cu neuroleptice sedative, tranchilizante, antidepresive şi anticonvulsivante* – se adresează doar manifestărilor secundare delirului iar internările trebuie făcute cât mai târziu pentru a nu cultiva suspiciozitatea, pentru a putea exclude condiţiile favorizante non-psihiatrice sau pentru a preveni comportamentul auto- sau heteroagresiv;
- *psihosocioterapiile pot fi utile în delirul senzitiv de relaţie,* când pot favoriza după ani de zile chiar vindecarea; terapiile individuale par să fie mai utile decât cele de grup, dar ambele trebuie să câştige pe cât posibil înţelegerea şi o faţetă a încrederii subiectului prin tehnici suportive, cognitive şi comportamentale;
- *se poate apela la schimbarea locului de muncă, la recompense neaşteptate, la satisfacerea dorinţelor şi chiar a unor revendicări posibile, aportul grupului familial fiind de mare valoare prin facilitarea unor remisiuni sociale în pofida păstrării convingerilor delirante ale subiectului.*

- PARAFRENIA SAU PSIHOZA CRONICĂ DELIRANTĂ HALUCINATORIE

↳ ***grup de psihoze predominant endogene, dominate de un delir sistematizat şi persistent, a cărui extraordinară bogaţie este în concordanţă cu absurditatea conţinutului, dar contrastează cu bună adaptabilitate la ambianţă;***

↳ sunt considerate de unii autori variante ale schizofreniilor paranoide sau tardive datorită asemănărilor patogenetice;

↳ *debutul este tardiv – între 35-45 de ani – şi alături de absenţa frecventă a trăsăturilor paranoice premorbide permite o bună inserţie în realitate a subiectului şi păstrarea nucleului personalităţii;*

↳ *delirul se structurează progresiv* prin interpretări patologice repetate ale evenimentelor ambientale, facilitate de dispoziţia delirantă şi însoţite de fenomenele de depersonalizare şi derealizare, *fiind urmat după luni sau ani de zile de apariţia halucinaţiilor* predominant auditive, şi uneori de fenomenele de automatism mintal;

↳ ***subiectul realizează o "dublă contabilitate" prin delimitarea fazelor delirante – de obicei bine disimulate – de lumea reală, manifestându-se doar atunci când devin dominante producţiile halucinatorii şi imaginative;***

↳ *afectivitatea variază în funcţie de faza evolutivă şi de tematica delirantă* oscilând între iritabilitatea iniţială, anxietatea din fazele persecutorii şi exuberanţa din fazele megalomanice, *iar activitatea este mult timp corespunzătoare rolurilor socio-profesionale;*

↳ ***formele clinice*** principale sunt:

- ***parafrenia sistematizată*** – cu debut insidios, dominat de elaborarea secundară precoce a interpretărilor primare prin intermediul fenomenelor *de triplu automatism mintal; se sistematizează progresiv un delir cu conţinut persecutoriu, la care în timp se asociază teme megalomanice* prin care subiectul se detaşează într-o realitate mai uşor de acceptat; evoluţia prelungită determină după ani de zile închistarea delirului şi detaşarea subiectului de conţinutul său;

- ***parafrenia expansivă*** – debutează tot insidios, aproape exclusiv la sexul feminin şi este caracterizată de *prezenţa unui delir megalomanic polimorf, instalat pe un fond afectiv euforic instabil; halucinaţiile sunt precoce, intense şi predominant vizuale*, sub forma unor *viziuni onirice*, care perturbă activismul subiectului prin cvasicontinua nelinişte psihomotorie;
- ***parafrenia confabulatorie*** – apare mai precoce decât celelalte forme şi este egal reprezentată la cele două sexe; este frecvent întâlnită *personalitatea premorbidă, cu trăsături mitomanice* iar sistemul delirant cu tematici persecutorii şi megalomanice este generat de exaltarea imaginativă, de interpretări şi intuiţii delirante, localizate în trecut sau având punct de plecare în lecturi sau conversaţii recente;
- ***parafrenia fantastică*** – *denumită clasic delir de imaginaţie*, este cea mai apropiată de schizofrenia paranoidă prin absenţa sistematizărilor, dar *îşi păstrează individualitatea prin păstrarea raportării la realitate a subiectului şi prin lipsa fenomenelor deficitare*; fenomenele de derealizare iniţiale sunt urmate de manifestările sindromului de automatism mintal; halucinaţiile psihosenzoriale şi cele intrapsihice au un caracter absurd, bizar iar gândirea este pronunţat paralogică, cu tematici de mărire şi persecuţie, amplificate imaginativ până la producţii mitice, suprarealiste, având ca subiect metamorfoze corporale, torturi, comploturi şi catastrofe cosmice; ele sunt situate în afara dimensiunilor spaţio-temporale şi datorită tulburărilor cantitative şi calitative de memorie; *clinic este frapant contrastul între lumea delirantă si cea reală şi faptul că subiectul se adaptează bine ambelor*; evoluţia este prelungită cu sărăcirea progresivă a conţinuturilor delirante şi instalarea unor stări pseudodefectuale de tip apato-abulic;
- ***parafrenia tardivă*** – poate apare la sexul feminin în decadele a 7-a şi a 8-a de viaţă, fiind favorizată de trăsături caracteriale schizoide sau paranoice şi de un deficit senzorial vizual sau auditiv; delirul se instalează insidios, fiind însoţit de elementele sindromului de transparenţă-influenţă, cu halucinaţii predominant auditive; *tematicile delirante sunt erotice şi de prejudiciu iar starea afectivă asociată este de tip depresiv*; în timp se descrie asocierea fenomenelor de deficit organic care relativizează delimitarea acestei forme clinice;

➥ ***diagnosticul diferenţial*** trebuie făcut în primul rând cu schizofreniile şi tulburările shizoafective, dar şi cu psihozele maniacale pentru forma expansivă;

➥ ***tratamentul***:

- include:
  - *chimioterapia* – care apelează la combinaţii de neuroleptice, sedative şi incisive în fazele manifeste ale producţiilor delirant-halucinatorii;
  - *tratamentul electroconvulsivant* poate fi aplicat în decompensările formei sistematizate;
  - *măsuri de îngrijire şi asistenţă comunitară* care:
    - să prevină manifestările productive;
    - să întreţină buna adaptabilitate şi eficienţa în roluri ale subiectului;
    - să permită evitarea unor contacte socio-profesionale defavorizante.
- *are mereu rezultate tardive şi parţiale* datorită nivelului aparent corespunzător de integrare socială a pacientului şi absenţei conştiinţei bolii.

PSIHOZELE AFECTIVE PERIODICE

- ***categorie de psihoze predominant endogene caracterizate prin tulburarea ciclică a afectivităţii în sens hipertimic pozitiv-maniacal, respectiv negativ-depresiv care se manifestă la acelaşi subiect, pot avea o intensitate psihotică, se remit clinic aproape complet sau incomplet şi au tendinţă la recurenţă;***

- există:

  - ***psihoze afective periodice bipolare*** *– corespunzătoare modelului clinico-evolutiv clasic al psihozei maniaco-depresive* – în cadrul cărora se succed la intervale variabile episoade depresive şi maniacale;

  - ***psihoze afective periodice unipolare*** *în cadrul cărora alternează fie doar episoade depresive, fie doar episoade maniacale;*

  - ***psihoze afective mixte*** *caracterizate prin episoade afective cu o durată de minimum două săptămâni, în care se asociază sau alternează foarte rapid simptome depresive şi maniacale.*

- durata episoadelor maniacale este de 1-4 luni de zile iar a celor depresive de 6-12 luni;

- episoadele maniacale predomină la vârste mai tinere iar cele depresive la vârste mai înaintate;

- *pe măsura evoluţiei bolii, durata episoadelor creşte, remisiunile sunt mai puţin complete şi pot apare stări de defect clinic şi social care nu sunt însă specifice psihozelor afective;*

- ***epidemiologic:***

  - creşterea progresivă a prevalenţei psihozelor afective este determinată de transformările rapide sociale, economice şi culturale, de vulnerabilizarea individului prin pierderea unor modalităţi de protecţie în grupuri familiale sau profesionale tradiţionale, de creşterea duratei medii de viaţă dar şi a morbidităţii prin afecţiuni cerebrale şi cardiovasculare şi toxicomanii precum şi aferent îmbunătăţirii cantitative şi calitative actuale a mijloacelor de diagnostic şi dispensarizare;

  - *o treime din cazuri reprezintă forme bipolare iar restul forme clinice monopolare* care însă pot include şi tablouri clinice fără un determinism cert endogen;

  - *psihozele afective bipolare* au o prevalenţă de 0,3-1,5% în populaţia generală, afectează în mod egal ambele sexe şi debutează de cele mai multe ori înainte de vârsta de 30 de ani; ele se subîmpart în forme bipolare I şi II, în cadrul cărora alternează episoade depresive şi maniacale – respectiv episoade depresive şi hipomaniacale;

  - *psihozele afective unipolare* – într-o majoritate covârşitoare de tip depresiv – au o prevalenţă de 1,5-20%, afectează sexul feminin de două ori mai frecvent iar primele manifestări apar cu precădere după vârsta de 30 de ani;

  - o treime din cazuri mai asociază un diagnostic de tulburare psihopatologică, o pătrime unul secundar de boală somatică iar două treimi consumă abuziv alcool sau/şi medicamente;

  - incidenţa psihozelor afective creşte de la poli înspre ecuator şi este mai crescută la categoriile cu un nivel socio-cultural mai ridicat;

  - *cele mai severe complicaţii sunt:*

    - comportamentul suicidar prezent sub forma a cel puţin unei tentative la un sfert până la jumătate din cazuri;

- scăderea nivelului calităţii vieţii pacienţilor corespunzător ratei ridicate a disfuncţionalităţilor vieţii familiale şi profesionale.

- ***etiologia*** – incriminează:

↳ ***datele genetice*** *care confirmă acumularea familială a cazurilor,* aceasta condiţionând atât precocitatea debutului, cât şi gravitatea evoluţiei; probabilitatea apariţiei psihozelor afective la descendenţi rude de gradul I – atunci când ambii părinţi suferă de psihoză afectivă bipolară I, variază între 50-70%, transmiterea făcându-se pe linia mamă-fiu; procentul scade la jumătate dacă doar un părinte este bolnav, precum şi pentru următoarea generaţie;

- corelaţiile dintre psihozele afective bipolare şi modificările de la nivelul cromozomului X sau a perechii cromozomiale 18;
- prezenţa biotipului picnic la care psihozele afective apar mai frecvent.

↳ ***factori biologici:***

- modificări neuroanatomice lezionale la nivelul sistemului limbic, ganglionilor bazali şi hipotalamusului cu precădere în emisfera non-dominantă;
- dilatarea ventriculilor cerebrali în psihozele bipolare şi atrofia moderată a lobilor frontali şi a nucleilor caudaţi în depresiile unipolare, evidenţiate prin tomografie cerebrală computerizată şi rezonanţă magnetică nucleară;
- scăderea fluxului sanguin cerebral, dominant la nivelul lobului frontal, evidenţiată prin PET şi/sau SPECT;
- perturbarea eterogenă a metabolismului neuromediatorilor cerebrali: noradrenalina şi serotonina, care sunt scăzute în depresie şi crescute în manie, respectiv serotonina – scăzută în depresie;
- modificări neuroendocrine, precum scăderea cortizolului, a funcţiei tiroidiene şi a hormonului de creştere;
- creşterea concentraţiei ionului de calciu intracelular – moderată în manie şi accentuată în depresie;
- perturbarea arhitecturii somnului la nivelul fazelor REM şi prezenţa undelor delta anormale de somn evidenţiate prin înregistrări EEG;
- perturbările ritmurilor circadiene;
- deficienţele sistemului imunitar secundare disfuncţiei hipotalamice;
- modificări electrochimice la nivelul lobului temporal sugerate de utilitatea tratamentului cu anticonvulsivante în psihozele afective.

↳ ***factori psiho-sociali:***

- trăsături de personalitate de tip dependent, obsesiv-compulsiv, isteric, favorizante pentru toate variantele de psihoze afective şi structurări dizarmonice ale personalităţii de tip depresiv şi ciclotim implicate doar în etiopatogenia psihozelor bipolare I;
- antecedente heredocolaterale de tipul personalităţilor patologice şi a toxicomaniilor la membrii familiei parentale;

- stresul psihic sau fizic care precede sau acompaniază primul episod sau evenimente considerate psihotraume majore, precum pierderea unui părinte înainte de vârsta de 11 ani şi decesul soţului sau soţiei;
- conflicte şi schimbări în cadrul rolurilor sociale şi profesionale – cu rol dominant declanşator;
- erori de judecată şi raţionament minore, adeseori comune dar repetate, care cultivă în timp un pesimism structural, un stil de autoevaluare şi strategii cognitive negative.

- ***clinic – psihozele afective bipolare – de tip I si II*** *se caracterizează prin alternanţa episoadelor depresive şi maniacale, respectiv hipomaniacale, condiţionată sezonier* în care episoadele afective apar mai frecvent şi evoluează mai grav primăvara şi toamna, episoadele depresive sunt mai durabile şi mai intense în anotimpurile reci, iar cele maniacale în anotimpurile calde.

↳ ***episodul depresiv:***

- *include elementele sindromului depresiv care sunt independente de factorii conjuncturali* şi sunt reprezentate cu predominenţă prin dispoziţia tristă, *anhedonie* = incapacitatea de a se bucura şi de a simţi plăcerea, fatigabilitate, hiporeactivitate la stimuli, hipoprosexie globală, ritm ideativ încetinit, idei micromanice autodevalorizante – cu scăderea încrederii şi stimei de sine, idei cu potenţial autolitic, anxietate, insomnii de trezire foarte caracteristice, cefalee, inapetenţă, pierdere ponderală mai mare de 5% în ultimele 4 săptămâni, constipaţie, amenoree, scăderea libidoului;
- manifestările au o intensitate variabilă, de la cea nevrotică la cea psihotică şi pot fi însoţite sau mascate de stări de agitaţie sau inhibiţie psihomotorie stuporoasă care prezintă un risc autolitic maxim;
- paraclinic sunt descrise hipercolesterolemia, inversarea raportului albumine/globuline şi *scăderea 17-cetosteroizilor urinari, a cărei persistenţă este expresia cronicizării simptomatologiei;*
- *durata unui episod depresiv care să permită stabilirea diagnosticului este de minimum 2 săptămâni;*
- *sunt descrise diferite variante clinice* în cadrul cărora apar ca dominante:
  - *anxietatea somatizată sau paroxistică* cu risc auto- şi heteroagresiv;
  - *stupoarea melancoliformă cu blocaj ideoverbal şi motor,* mimica disperată, durere morală profundă şi risc maxim autolitic;
  - *ideile delirante micromanice de autoculpabilizare, de ruină, de doliu, hipocondriace, de posesiune, de transformare şi negare corporală însoţite sau nu de halucinaţii auditive* – voci acuzatoare sau defăimătoare şi olfactive – mirosuri dezagreabile de murdărie şi de putrefacţie;
  - *acte suicidare* spontane, imprevizibile care pot reprezenta singura manifestare a episodului depresiv;
  - *la tineri, depresia este frecvent asociată sau mascată de tulburări de comportament, atitudini toxicofilice şi angajare deficitară în procesul educaţional iar la vârstnici ea este adesea subdiagnosticată datorită unor suferinţe somatice asociate şi izolării sociale.*

↳ ***episodul maniacal:***

- *include elementele sindromului omonim* care se pot instala brusc sau insidios – când sunt precedate de simptome prodromale, precum *ergasiomania* = tendinţa de a se mişca şi a fi activ, iritabilitate, trăiri depresive, schimbarea spontană şi nemotivată a atitudinii faţă de cei din jur şi a preocupărilor cotidiene;
- sunt caracteristice succesiunea tumultuoasă a trăirilor şi conţinuturilor ideative euforic-megalomanice – cu idei delirante nesistematizate de hipervalorizare personală şi halucinaţii congruente, tematic – dezinhibiţia instinctiv-pulsională şi motorie, ineficienţa în rolurile cotidiene, exceptându-l pe acela de «clovn care nu-şi respectă publicul», insomnii, scădere ponderală, subfebrilitate, hipersalivaţie şi o rezistenţă proverbială la frig şi efort;
- se pot asocia iritabilitatea, suspiciozitatea, episoade disforice;
- *principalele variante clinice sunt:*
  - *hipomania* – caracterizată prin euforie uşoară, hiperactivism, cu o bună dar puţin durabilă eficienţă în rolurile personale, hipersociabilitate, comportament toxicofilic şi sexual exacerbat, nevoie scăzută de somn;
  - *mania fără simptome psihotice* în cadrul căreia sunt dominante hiperestezia senzorială, extravaganţele vestimentare şi comportamentale, impulsivitatea;
  - *mania delirantă sau cu simptome psihotice* caracterizată prin idei delirante megalomanice şi/sau interpretative, tranzitorii şi nesistematizate, fuga de idei, halucinaţii vizuale şi mai rar auditive, congruente cu starea afectivă sau neutre afectiv, hiperexcitaţie motorie cu neglijarea totală a igienei, alimentaţiei şi deshidratare consecutivă;
  - *mania confuzivă* în cadrul căreia domină deficitul prosexic şi mnestic şi incoerenţa ideo-motorie;
  - *mania supraacută sau furia maniacală* caracterizată prin îngustarea câmpului conştiinţei, dezinhibiţie motorie extremă şi un ridicat potenţial agresiv.
- *există şi tablouri clinice afective mixte care asociază simptome depresive şi maniacale, precum depresia cu fuga de idei, mania coleroasă, mania neproductivă, stupoarea maniacală.*

- ***diagnosticul pozitiv*** se pune pe baza criteriilor clinice ale sindroamelor depresiv şi maniacal alternând la acelaşi pacient care prezintă o vulnerabilitate structurală sau conjuncturală la tulburări afective;
- ***diagnosticul diferenţial*** se face cu:
  - *episoadele depresive şi maniacale recurente – induse de:*
    - *factori psihosociali:* psihotraume, conflicte, frustrări, stres intens sau prelungit;
    - *factori organici:* boala aterosclerotică şi hipertensivă, boli neurologice, endocrine, infecţioase, boli de sistem şi neoplasme, boli din perioada puerperală;
    - *apărute secundar în cadrul altor tablouri psihopatologice:* schizofrenii, psihozele cronice delirante de tip paranoic sau parafrenic, alcoolism şi alte toxicomanii sau după tratamente cu substanţe antihipertensive, corticoizi, psihotrope clasice şi depôt şi preparate psihotone.
- ***evoluţia*** psihozelor afective bipolare se caracterizează prin:

- *succesiunea episoadelor depresive şi maniacale într-un raport de 3/1, adeseori episodul maniacal fiind cel de debut;*
- episoadele maniacale au un început şi un sfârşit mai brusc decât cele depresive;
- *durata medie a episoadelor este de 6 luni de zile* – cele depresive fiind de obicei mai lungi – dar sub tratament se reduce la 2–3 luni;
- remisiunea clinică este de obicei completă, dar un anumit tip de episod este adesea urmat de unul de scurtă durată de tip opus iar pe măsura trecerii anilor, intervalele libere dintre episoade diminuează ca durată; după trecerea a cinci-şase episoade, intervalele libere se stabilizează la 6-9 luni;
- este cunoscută posibilitatea recăderilor din perioada convalescenţei – de gravitate aparte în cazul depresiilor, datorită riscului suicidar precum şi aceea a "virajului" postterapeutic spre fenomenologia opusă de tip maniacal, respectiv depresiv;
- *frecvenţa episoadelor este mai mare la tineri, iar gravitatea lor este mai mare la vârstnici şi datorită asocierii unui anumit grad de deteriorare cognitivă;*
- în formele bipolare I se descrie şi alternanţa rapidă a episoadelor afective la intervale de zile sau săptămâni;
- jumătate dintre cazuri au mai mult de 10 episoade pe parcursul întregii vieţi, iar o zecime sunt considerate cazuri cronicizate datorită remisiunilor incomplete şi simptomelor defectuale persistente interepisodice;
- *factorii de prognostic negativ-agravanţi ai evoluţiei psihozelor afective bipolare de tip I si II sunt:*
  - prezenţa unor trăsături premorbide de tip afectiv ciclotim sau hipomaniacal;
  - disfuncţionalitatea rolurilor profesional şi familial;
  - prezenţa simptomelor de intensitate psihotică;
  - remisiuni incomplete cu persistenţa unor simptome depresive interepisodice;
  - debutul tardiv al simptomatologiei;
  - apartenenţa la sexul masculin;
  - asocierea comportamentului toxicofilic faţă de alcool sau medicaţie psihotropă.

- ***psihozele afective unipolare – de tip depresiv,*** denumite şi ***depresii recurente*****:**
  - *sunt mult mai frecvente decât formele maniacale şi predomină în emisfera nordică;*
  - debutul este tardiv – de obicei după vârsta de 40 de ani, este precipitat întotdeauna de evenimente stresante de viaţă şi favorizat de trăsături premorbide de personalitate de tip anankast;
  - sunt net prevalente în emisfera nordică şi sunt de două ori mai frecvente la sexul feminin;
  - *durata episoadelor este mai mare decât în psihozele bipolare ajungând la un an de zile* şi sunt descrise şi forme clinice cu un singur episod;
  - clinic intensitatea simptomatologiei este variată dar domină tablourile de intensitate nevrotică, la care se asociază cvasiconstant anxietatea, consumul abuziv de alcool şi medicamente şi multiple acuze somatice care pot masca fenomenologia depresivă;

↳ *evolutiv pot apare remisiuni spontane, dar de obicei există tendinţa de prelungire a episoadelor şi de scădere a intervalelor libere,* cu afectarea performanţelor în rolurile sociale şi profesionale; se crează astfel condiţiile declanşării unui conflict intrapsihic datorită contrastului faţă de trăsăturile caracteriale premorbide, fapt care se constituie într-un factor agravant evolutiv; vindecarea se constată la 50% din cazurile spitalizate la primul episod depresiv iar după 5 ani de evoluţie 1/6 din cazuri se consideră cronicizate;

↳ prognosticul este favorizat de absenţa unor trăsături premorbide favorizante şi a unor boli asociate, de eficienţa terapiei intraspitaliceşti, a primului episod şi în mod deosebit de calitatea reţelei de suport social a pacientului şi de aceea a funcţionării lui în rolurile socio-profesionale în ultimii 5 ani dinaintea debutului;

↳ *complicaţia majoră o reprezintă actul suicidar, realizat în cadrul unor paroxisme anxioase.*

- ***psihozele afective unipolare – de tip maniacal:***

↳ *sunt mai frecvente în regiunile subtropicale, un rol etiologic dominant avându-l factorii socio-culturali;*

↳ durata episoadelor este cuprinsă între câteva săptămâni şi câteva luni de zile iar clinic domină tablourile maniacale delirante cu delir congruent sau incongruent cu starea afectivă – acesta din urmă având adesea o tematică interpretativă; se asociază cvasiconstant consumul abuziv de alcool sau droguri;

↳ evolutiv, durata fazelor acute este mai scurtă la tineri – 2-3 săptămâni – iar cronicizarea simptomatologiei constituie o excepţie, remisiunile fiind complete şi din punct de vedere social;

↳ diagnosticul diferenţial pentru ambele variante de psihoze afective unipolare este identic cu cel aferent formelor bipolare.

- ***tratamentul psihozelor afective periodice:***

↳ *trebuie să se adreseze atât episodului afectiv cât şi bolii propriu-zise,* corespunzător evitării recăderilor şi diminuării cantitative şi calitative a simptomelor defectuale;

↳ rolul etiopatogenetic major al factorilor stresanţi şi al reţelei de suport social impune şi *măsuri profilactice care antrenează sistemul de îngrijire comunitară;*

↳ atunci când episoadele depresive sau maniacale sunt de intensitate psihotică este obligatorie spitalizarea şi *asocierea metodelor chimio- şi psihosocioterapeutice;*

↳ ***episodul depresiv*** este abordat:

❑ ***chimioterapeutic*** în funcţie de particularităţile fenomenologiei dominante, care poate fi anxios-agitată sau inhibată – în prima variantă se administrează *antidepresive cu efect anxiolitic-sedativ:* AMITRIPTILIN, DOXEPIN, LUDIOMIL, ZOLOFT iar în cea de-a doua *preparate cu efect activator:* ANTIDEPRIN, ANAFRANIL, NORTRIPTILIN, PROZAC; unele dintre antidepresivele menţionate se găsesc şi sub formă injectabilă, astfel că în cazul lor tratamentul începe cu administrarea parenterală – intramuscular sau în perfuzie intravenoasă, după evaluarea funcţiilor cardio-respiratorie şi hepato-renală şi continuă cu administrarea per-orală într-un dozaj individualizat care să nu depăşească 250 mg/zi pentru antidepresivele clasice şi 100 mg/zi pentru cele atipice;

- *se administrează de regulă un singur preparat la care se pot asocia pentru potenţarea efectului sau pentru diminuarea efectelor secundare un tranchilizant sau/şi un neuroleptic sedativ sau incisiv*, îndeosebi atunci când există un potenţial suicidar – CLORPROMAZIN, NEULEPTIL, ZYPREXA, respectiv HALOPERIDOL, SULPIRID, RISPERIDONĂ;
- în cazul obţinerii efectului dorit, se trece la doza de întreţinere, care reprezintă 2/3 sau 1/2 din doza iniţială şi este indicat să fie continuată 6 luni de zile;
- efectele secundare ale antidepresivelor clasice sunt dominant de tip anticolinergic şi hipotensor iar a preparatelor atipice = inhibitorii recaptării serotoninei – tulburările de dinamică sexuală;
- dacă după 2-3 săptămâni simptomatologia nu se modifică semnificativ:
  - se schimbă preparatul antidepresiv;
  - se asociază un alt antidepresiv sau un neuroleptic;
  - se măreşte dozajul neurolepticului administrat în paralel;
  - se asociază preparate anticonvulsivante: CARBAMAZEPINA, VALPROAT SODIC;
  - se asociază pentru 14 zile TRIIOD-TIRONINA sau L-TRIPTOFAN;
  - se trece la tratamntul electroconvulsivant:
    - util şi atunci când există un risc vital iniţial evident şi cu precădere în depresiile inhibate;
    - se aplică sub forma şedinţelor cumulate 6-12 pe parcursul a 3-6 zile şi rămâne cea mai eficientă metodă terapeutică prin promptitudinea efectelor şi riscurile minime implicate.
  - se apelează şi la terapii prin băi de lumină, utile îndeosebi în depresiile sezoniere din emisfera nordică;
  - pentru prevenirea recăderilor în formele bipolare se administrează săruri de litiu – carbonat sau citrat – într-un dozaj care să corespundă unei litemii de 0,5-1,5 mEq/l;
- supradozajul cu antidepresive sau hipersensibilitatea variabil motivată a subiectului pot determina un "viraj maniacal" al simptomatologiei.

❑ ***psiho-socioterapeutic*** sunt întotdeauna utile în depresiile de intensitate nevrotică de la debut iar în cele psihotice, în fazele remisionale, tehnici psiho-terapeutice precum:

- *terapii interpersonale* care – cu precădere în depresiile unipolare – permit refacerea disfuncţionalităţii raporturilor cu cei din jur care au declanşat sau întreţin tabloul depresiv;
- *terapii comportamentale* prin care se încearcă mobilizarea şi stimularea activismului subiectului până la un nivel care să permită consolidarea persistentă a capacităţii de funcţionare în roluri şi chiar obţinerea de performanţe;

- *terapii cognitive* care vizează modificarea evaluărilor cognitive deformate în sens autodevalorizant ale pacientului, care acordă aceeaşi semnificaţie şi atitudinii anturajului faţă de el;
- *terapii de grup familial* atunci când tabloul depresiv al subiectului şi disfuncţionalitatea vieţii de familie – care culminează cu destrămarea ei în 50% din cazuri – se condiţionează reciproc;
- integrarea pacientului în programe de *art-, melo-, ergo- şi kinetoterapie* poate fi utilă în depresii prin facilitarea emoţiilor pozitive şi stimularea capacităţilor fizice şi relaţionale.

↳ ***episodul maniacal****:*

❑ *este obligatoriu să fie abordat în condiţii de spitalizare, datorită consecinţelor negative asupra ambianţei socio-profesionale dar iniţierea relaţiei terapeutice este extrem de dificilă datorită expansivităţii şi absenţei conştiinţei bolii;*

❑ ***chimioterapia*** este singura variantă terapeutică aplicabilă şi implică apelul la *preparate neuroleptice sedative şi incisive* – în diverse combinaţii – la care se pot asocia *tranchilizante, beta blocante şi săruri de litiu*; acestea din urmă:

- reprezintă tratamentul de elecţie al fenomenologiei maniacale, dar efectul lor devine evident doar după 8-10 zile de administrare independentă sau în asociere cu neuroleptice sedative;
- este obligatorie monitorizarea administrării litiului pentru a asigura efectul antimaniacal, care apare de obicei între 0,6-0,8 mEq/l la un dozaj de 900-1200 mg/zi;
- în prima lună – dacă litiumterapia este eficace – se determină litemia săptămânal iar în următoarele 6 luni lunar; durata tratamentului cu preparate de litiu este indicat să fie de un an de zile după remisiunea episodului maniacal în vederea prevenirii eventualelor recurenţe depresive;

❑ ***psihoterapiile*** *sunt ineficiente în episodul maniacal* precum şi în perioadele remisionale datorită tulburărilor conştiinţei auto- şi allopsihice şi superficialităţii conduitei.

ALCOOLISMUL

- cunoscut încă din antichitate alcoolismul a început să fie studiat la mijlocul secolului al XIX-lea prin contribuţia clinicienilor francezi şi a lui MAGNUSS HUSS – care foloseşte pentru prima dată termenul, derivat din omonimul arab "alkuhl", arabii fiind primii care l-au distilat în jurul anului 600 î.e.n.

- consumat ocazional sau constant, *alcoolul şi-a confirmat efectele sale anxiolitice, normotimizante, euforizante, dar şi pe cele toxice* asupra stării fizice şi psihice;

- deşi este considerat un "liant social", alcoolul – prin efectele sale asupra comportamentului consumatorilor – devine un factor perturbator major al eficienţei în roluri a persoanei şi a armoniei comunitare;

- alcoolul:

  - în majoritatea covârşitoare a cazurilor pătrunde în organism pe cale per-orală şi în aproximativ o oră atinge nivelul maxim sanguin – fapt condiţionat însă şi de concentraţia băuturii respective şi de conţinutul de alimente din tubul digestiv – iar apoi alcoolemia scade progresiv şi lent – cu 70% în primele 12 ore şi complet în 24 de ore;

  - este eliminat pe cale respiratorie şi renală, fiind însă în mod predominant metabolizat prin degradare enzimatică cu formarea de produşi toxici pentru organism;

  - interferează:

    - cu metabolismul aminelor biogene, blocându-l la stadiul de produşi de natură aldehidică;
    - cu metabolismul vitaminic, glucidic şi lipidic, producând o intoxicaţie cu radicali acetat a întregului organism şi o stare carenţial-dismetabolică persistentă.

  - are o acţiune toxică directă asupra sistemelor enzimatice cerebrale, hepatice şi renale, asupra membranelor celulare şi mitocondriilor, care fiind însă precedată de un efect dinamizant şi euforizant – expresie a dezinhibiţiei corticale – este ignorată sau deformat comentată.

- *deşi consumul de alcool este o toxicofilie universal acceptată*, prin gravitatea şi complexitatea complicaţiilor sale, atunci când devine abuziv şi prelungit ca durată, *primeşte un statut nozologic distinct, conform căruia este situat pe a patra poziţie – după accidente, bolile cardio-vasculare şi cele psihice între cauzele de morbiditate şi mortalitate generală;*

- *modalităţile de consum abuziv de alcool variază în funcţie de:*

  - oferta de băuturi alcoolice şi de accesibilitatea populaţiei;

  - de nivelul social-economic – estompat însă prin producţia de băuturi ieftine, dar de calitate îndoielnică;

  - de tradiţiile, obiceiurile sau interdicţiile dintr-o socio-cultură sau de domeniul profesional;

  - de vârstă şi sex – deşi în ultimele două decenii a crescut în mod îngrijorător consumul de alcool la tineri şi la sexul feminin;

  - de incompatibilităţi biologice – descrise la eşantioane semnificative de populaţie, îndeosebi de origine asiatică sau religioase – la populaţia islamică.

- există un:

↳ ***alcoolism acut*** corespunzător ***intoxicaţiei alcoolice acute,*** care induce o stare de beţie ale cărei semne dispar după eliminarea alcoolului;

↳ ***alcoolism cronic sau maladiv,*** care:

- ***însumează totalitatea deficitelor biologice, psihologice şi sociale instalate consecutiv consumului abuziv episodic sau continuu de alcool faţă de care există o stare de dependenţă psihică şi fizică;***
- ***presupune apariţia toleranţei*** – necesitatea creşterii progresive a cantităţii de alcool pentru obţinerea aceluiaşi efect – de circa 3-4 ori faţă de cea iniţială;
- ***este diagnosticat doar în condiţiile prezenţei dependenţei fizice faţă de alcool:***
  - manifestă prin apariţia simptomelor de sevraj la reducerea sau la întreruperea bruscă a consumului;
  - este mai severă şi mai tardivă decât cea psihică – aferentă senzaţiei de bine subiectiv care condiţionează imperios consumul.

↳ ***alcoolism primar*** *în cazul căruia nu poate fi identificată o tulburare psihică clinic manifestă care să preceadă consumul abuziv şi instalarea dependenţei* dar care în forma sa tipică, nucleară se constituie într-un model maladiv, pentru care pot fi specifice:

- caracterul familial al abuzului de alcool;
- trăsături caracteriale premorbide de tipul imaturităţii şi instabilităţii psiho-afective sau de tip pasiv-dependent.

↳ ***alcoolism secundar*** *care apare ca o consecinţă a unei alte tulburări psihice* – de tip nevrotic sau psihotic, *respectiv ca şi atribut al tulburărilor comportamental-adaptative ale unor personalităţi dizarmonice nucleare sau dizarmonizate secundar intervenţiei unor factori organo-lezionali cerebrali* traumatici, infecţiosi, inflamatorii sau vasculari;

↳ *conform clasificării clasice a lui JELLINEK se descriu următoarele tipuri de alcoolism:*

- ***alfa*** *– motivat de disconfortul fizic sau/şi afectiv dar controlabil voluntar* prin posibilitatea opririi consumului;
- ***beta*** *– instalat după un consum cotidian prelungit în timp şi în condiţiile unui aport alimentar corespunzător* dar caracterizat prin apariţia unor *complicaţii somatice* secundare digestive, cardiace şi neurologice;
- ***gama*** *– dominat de stabilizarea dependenţei fizice,* pierderea controlului asupra consumului şi de adaptarea metabolismului cerebral şi hepatic la alcool;
- ***delta*** *– forma de maximă gravitate în cazul căreia consumul de alcool este imposibil de oprit, chiar şi pentru 1-2 zile;*
- ***epsilon*** – include variantele ale consumului periodic abuziv de alcool.

- ***epidemiologic:***

↳ *răspândit în toate zonele geografice,* consumul uzual de alcool a devenit apanajul a peste 50% din populaţia statelor occidentale, fiind considerat un obicei comun şi acceptabil social;

- alcoolismul maladiv este de 3-4 ori mai frecvent la sexul masculin decât la cel feminin, formele cu evoluţie gravă fiind întâlnite la adulţii tineri – sub 30 de ani;
- decadele de vârstă cele mai afectate cantitativ şi calitativ sunt: 20-30 ani şi 40-50 ani;
- consumul uzual de alcool este cu 1/3 mai mare la cei cu un nivel social-economic mai ridicat, dar formele cronicizate, cu evoluţie severă sunt de două ori mai frecvente la cei proveniţi dintr-o categorie socio-economică inferioară;
- diferenţele dintre prevalenţa în mediul urban şi cel rural sunt nesemnificative;
- cele mai frecvente variante de comorbiditate sunt cu alte tipuri de toxicomanii – 1/3 din cazuri, cu tulburările de comportament sau de personalitate de tip antisocial, cu tulburările depresive majore şi cu cele anxioase;
- *complicaţiile majore sunt reprezentate de:*
  - perturbarea relaţiilor interpersonale şi a eficienţei funcţionării în rolurile profesionale;
  - comportamentul suicidar descris la 25% dintre alcoolici;
  - decesul prin boli hepatice, cardiace, neoplasme, accidente vasculare cerebrale, infecţii intrercurente întâlnite cu o frecvenţă de două ori mai mare la bărbaţi şi de trei ori mai mare la femei în raport cu populaţia generală, durata medie de viaţă fiind cu 10 ani mai scăzută.

- ***etiologia toxicomaniei etilice*** – se distinge prin heterogenitatea ei şi implică următoarele categorii de factori:
  - *genetico-familiali:*
    - scăderea concentraţiilor unor neurotransmiţători în LCR: serotonina, dopamina şi GABA precum şi a metaboliţilor lor la copii proveniţi din părinţi alcoolici;
    - frecvenţa de 3-4 ori mai mare a alcoolismului şi a complicaţiilor sale la cei proveniţi din familii de alcoolici în raport cu cei fără antecedente familiale etilice.
  - *metabolici:*
    - carenţele alimentare şi vitaminice – cu precădere VITAMINA B_1; prin intermediul nivelului mai scăzut de aldehid-dehidrogenază – enzima care asigură conversia alcoolului în acetaldehidă – întâlnit la femei, aceşti factori explică severitatea crescută a intoxicaţiei la sexul feminin produsă de aceeaşi doză de alcool în raport cu bărbaţii;
  - *psihologici şi personologici:*
    - sindroamele disprosexice sau hiperkinetice ale copilăriei;
    - imaturitatea şi labilitatea psiho-afectivă;
    - conduite imitativ-compensatorii cu predominenţă raportate la congeneri;
    - trăsături dizarmonice de tip anxios, dependent, psihastenic şi antisocial.
  - *socio-culturali:*
    - condiţii social-economice precare;
    - obiceiuri şi tradiţii colective;
    - accesibilitatea ridicată a băuturilor alcoolice;
    - nivelul crescut de toleranţă a opiniei publice, inclusiv cu substrat religios.

- ***clinic*** se descriu:

- **alcoolismul acut:**
  - include variantele intoxicaţiei acute cu alcool care ingerat în cantităţi mici are un efect excitant şi vasoconstrictor iar în doză crescută un efect vasodilatator, anestezic, depresor şi narcotic, fiind simultan un element perturbator al arhitecturii somnului prin scăderea fazelor de somn REM şi a latenţei somnului;
  - tablourile clinice sunt:
    - ***beţia simplă*** *– starea de intoxicaţie etilică produsă de un consum abuziv de alcool la un nebăutor sau prin supradozaj la un consumator cronic;* dinamica ei include:
      - *faza subclinică* – cu scăderea performanţelor psihomotorii la evaluarea psihometrică şi alcoolemie sub 0,8 g‰;
      - *faza hipomaniacală* – cu excitaţie psihomotorie şi euforie la o alcoolemie în jur de 1 g‰;
      - *faza ebrioasă* – cu incoerenţă şi dezinhibiţie ideo-verbală, hipoestezie senzorială globală şi amnezie episodică la o alcoolemie de 1-2 g‰;
      - *faza de somn* la o alcoolemie de peste 2 g‰, care dacă depăşeşte 4g‰, duce la comă şi deces prin inhibarea centrilor respiratorii sau prin fenomenul de aspiraţie a produselor vomei.
    - ***beţia patologică*** *– intoxicaţie alcoolică acută produsă de ingestia unei cantităţi mici – 100-200 g de băutură distilată apărută la băutorii problemă* – persoane cu o sensibilitate particulară faţă de alcool sau pe fond encefalopat, inclusiv cel aferent alcoolismului cronic;
      - *clinic se instalează un sindrom confuziv de tip crepuscular*, cu excitaţie psihomotorie şi automatisme motorii, care creează impresia unui "automat periculos", la care se pot asocia halucinaţii şi idei delirante mixte nesistematizate; *durata manifestărilor se situează între câteva minute şi câteva ore* – perioada în care subiectul are un comportament complet dezinhibat, violent şi ostil faţă de anturaj, episodul terminându-se prin somn comatos şi *fiind urmat de o amnezie lacunară totală;* aceste particularităţi fac din beţia patologică sau complicată *o entitate de mare importanţă medico-legală prin faptul că – înainte de a fi diagnosticată – exclude responsabilitatea subiectului în pofida gravităţii actelor sale.*
- **alcoolismul periodic** – include:
  - ***alcoolismul exploziv şi cel de la sfârşit de saptămână*** *– de "week end", care presupun un consum abuziv de alcool – individual sau colectiv – după etape de abstinenţă de durată variabilă, motivate socio-cultural sau religios;*
  - ***dipsomania*** – consum abuziv de alcool, de tip paroxistic şi evoluţie intermitentă:
    - cu episoade cu durată de până la şapte zile, separate de perioade inegale de timp – în care abstinenţa este totală;

- precedată sau "anunţată" de simptome nevrotice sau depresive, cu o durată de zile sau săptămâni, la un individ abstinent la care dorinţa de a bea lipseşte;
- manifestă clinic printr-un tablou dominat de automatisme ambulatorii: fugi, vagabondaj – şi acte hetero- sau autoagresive, urmate de un somn profund, amnezie lacunară şi un disconfort psihic şi somatic intens.

↳ **alcoolismul cronic sau alcoolismul boală:**

❑ *tablou maladiv complex, cu manifestări psihopatologice, neurologice şi somatice secundare pierderii controlului asupra cantităţii de alcool ingerate care explică şi instalarea dependenţei fizice, confirmată prin apariţia fenomenelor de sevraj la întreruperea consumului;*

❑ tulburările psiho-comportamentale determină degradarea progresivă şi de obicei ireversibilă a randamentului şi capacităţilor adaptative personale şi marginalizarea socială şi profesională a subiectului;

❑ *include ca subvariante clinice:*

- **tulburarea organică de personalitate, de natură toxică etilică:**
  - *modificare a personalităţii şi a psihismului, apărută după minimum 15 ani de consum abuziv de băuturi alcoolice la subiecţi aflaţi în a 4-a sau a 5-a decadă de viaţă;*
  - clinic sunt dominante:
    - *tulburarea sau dizarmonizarea caracterială* – comportament egocentric, impulsiv, lipsit de autocontrol dar şi de empatie şi responsabilitate în relaţiile interpersonale şi tendinţă irezistibilă de satisfacere a trăirilor hedonice prin intermediul consumului de alcool care devine singura motivaţie existenţială şi perverteşte paleta valorilor personale;
    - *tulburările cognitive cu denivelare intelectuală şi sărăcire imaginativă*, patognomonice fiind crizele de «black-out» – episoade de amnezie anterogradă apărute după consumul de alcool care pledează pentru afectarea hipocampului şi a lobilor temporali;
    - *disfuncţionalitatea persistentă în rolurile familiale, profesionale şi sociale*.
  - pot apărea fenomene de sevraj şi decompensări afective sau/şi interpretative, de intensitate psihotică;
  - se asociază progresiv:
    - *tulburări neurologice* – tremor fin generalizat şi simptome polinevritice: mialgii, parestezii, crampe musculare mai ales în molet, reflex rotulian viu şi reflex ahilean abolit, hipotrofie musculară şi nevrită optică;
    - *tulburări digestive:* gastrită, pancreatită, ulcer gastroduodenal, ciroză hepatică hipertrofică sau atrofică;
    - *tulburări cardiovasculare:* miocardiopatia toxică etilică cronică cu semne de insuficienţă cardiacă, oscilaţii tensionale şi aritmii cardiace, care pot explica o parte din decesele subite ale alcoolicilor.

- **psihozele alcoolice** – *tablouri psihopatologice caracteristice alcoolismului maladiv care apar secundar abstinenţei impuse sau conjuncturale, respectiv în condiţiile unui stres psihic sau fizic;* includ:
  - ***delirul alcoolic subacut***:
    - *tablou confuziv, cu debut vesperal sau nocturn,* dominat de:
      - *tulburările de conştiinţă:* obnubilare şi dezorientare auto- şi allopsihică;
      - *tulburările de percepţie:* halucinaţii polisenzoriale anxiogene, cu precădere vizuale, cu conţinut profesional sau de tipul zoopsiilor – imagini de animale ale căror dimensiuni scad direct proporţional cu distanţa la care sunt percepute;
      - *amnezie postcritică totală sau parţială.*
    - *cu manifestări somatice minime şi evoluţie spre vindecare* în câteva zile sau agravarea fenomenologiei în sensul instalării delirului acut alcoolic.
  - ***delirul alcoolic acut sau delirium tremens:***
    - *tablou clinic de tip confuziv*, asemănător celui descris anterior, dar *de intensitate mărită,* la care *se asociază constant tulburări neurologice – inclusiv crize epileptiforme – şi somatice care agravează mult prognosticul;*
    - *este un delir oniric caracterizat prin participarea subiectului la acţiunile motivate delirant-halucinatorii;*
    - cuprinde de la debut:
      - o fenomenologie onirică anxios-agitată;
      - alterarea severă a stării somatice;
      - tremor amplu generalizat;
      - transpiraţii;
      - hipertermie;
      - midriază;
      - diminuarea reflexului fotomotor;
      - deshidratare accentuată;
      - congestie muco-tegumentară;
      - tendinţe la colaps vascular.
    - modificările paraclinice atestă insuficienţa funcţiei hepato-renale:
      - creşterea potasiului intracelular;
      - hipoprotrombinemie;
      - limfocitoză;
      - eozinopenie;
      - hipercatabolism azotat cu hiperazotemie;

- ♦ scăderea pH-ului şi a rezervei alcaline, care anunţă *delirul acut azotemic,* cu o evoluţie de maximă gravitate.

- netratat, are o evoluţie fatală în 20% din cazuri, dar *sub tratament corect şi precoce instituit, în 6-8 zile starea generală se ameliorează* – primele semne fiind dispariţia insomniilor şi a hipertermiei şi ameliorarea tulburărilor de percepţie şi de conştiinţă în această ordine;
- *alte posibilităţi evolutive este cea de tip subacut, cu instalarea fenomenologiei psihozei KORSAKOV sau a unor stări sechelare tranzitorii.*

➢ ***sechelele postonirice:***

- tablouri clinice oligosimptomatice care pot apărea în fazele remisionale ale episoadelor de sevraj descrise anterior;
- *includ reprezentări recurente ale trăirilor onirice faţă de care subiectul este ambivalent sau încearcă să le corijeze pentru a-şi estompa disconfortul afectiv;*
- atunci când persistă mai multe zile sub forma unor idei postonirice pot constitui punctul de plecare al unor deliruri cronice.

➢ ***halucinoza alcoolică WERNICKE:***

- *tablou psihotic instalat după un consum abuziv care debutează vesperal prin halucinaţii auditive elementare,*
- pe fondul păstrării stării de conştienţă apar *halucinaţii auditive cu un conţinut ostil, ameninţător formulat la persoana a III-a,* care sunt intens anxiogene şi datorită faptului că uneori sunt însoţite de fenomene de influenţă xenopatică;
- lipseşte amnezia lacunară postcritică, dar pot persista idei nesistematizate obsesive de persecuţie sau urmărire care pot evolua spre un tablou schizofreniform simptomatic sau se remit în câteva săptămâni.

➢ ***psihozele alcoolice cronice:***

- *debutează frecvent postoniric şi au ca tematică principală gelozia* – pe fondul disfuncţionalităţilor vieţii sexuale a pacientului – ideile interpretative fiind variabil sistematizate;
- în formele sistematizate apar frecvent impulsivitatea şi manifestările agresive, iar în alte variante – în cadrul cărora sunt descrise halucinaţii şi pseudohalucinaţii auditive şi verbale – comportamentul subiectului este pasiv; pot apare şi manifestări disociative, care pledează pentru *psihozele schizofreniforme alcoolice* sau pentru *schizofrenii latente,* relevate de consumul abuziv de alcool.

- **encefalopatiile alcoolice –** *sunt tablouri anatomo-clinice secundare carenţelor vitaminice de grup B – în special tiaminice: B_1 – instalate datorită consumului cronic de alcool* şi nu aferent efectelor toxice ale alcoolului, ce includ:

- ***forme cu evoluţie acută:***
  - *encefalopatia GAYET-WERNICKE:*
    - *apare pe fondul impregnaţiei cronice cu alcool, ca o exacerbare a acesteia, declanşată de un şoc biologic:* traumatism, intervenţie chirurgicală, afecţiuni somatice intercurente;
    - clinic *în faza de stare este caracteristic un tablou confuziv,* cu torpoare cvasicontinuă şi bradipsihie *care asociază simptome neurologice*: miază, fotofobie, modificarea reflexelor pupilare, dizartrie, mioclonii, hipertonie generalizată şi tulburări neurovegetative de origine centrală: hipertermie, transpiraţii, tahicardie, tahipnee;
    - sub tratament intensiv corect evoluează spre vindecare în 10-14 zile, cu sau fără sechele de tip polinevritic sau deteriorative, cognitive; netratată duce la comă şi deces în câteva luni de zile.
- ***forme cu evoluţie subacută:***
  - *psihoza polinevritică KORSAKOV:*
    - apare pe fondul impregnaţiei etilice cronice; urmează unui episod confuziv de sevraj sau complică evoluţia unei encefalopatii GAYET-WERNICKE;
    - clinic:
      - debutează cu o fenomenologie nevrotiformă şi simptome polinevritice, ulterior instalându-se o *triadă caracteristică:*
        -dezorientare temporo-spaţială, auto- şi allopsihică;
        -hipoprosexie spontană şi hipomnezie de fixare sau antero-retrogradă;
        -confabulaţii mnestice.
      - *asociază constant o stare hipertimică de tip euforic, cu ignorarea parţială a deficitului cognitiv;*
      - se remite spontan în 6-8 luni, sub tratament în 1-2 luni de zile, dar poate evolua şi spre un sindrom amnestic de tip demenţial sau spre exitus prin caşectizare progresivă şi infecţii intercurente.
  - *demenţa alcoolică:*
    - rămâne o entitate controversată datorită:
      - implicării etiopatogenetice a unor factori traumatici, vasculari şi endocrino-metabolici;
      - caracterului parţial reversibil al deficitului care poate retroceda după o abstinenţă prelungită.
    - clinic sunt descrise trei variante:
      - cu manifestări confuzive persistente;

- ♦ cu manifestări neurologice şi idei delirante absurde de tip megalomanic;
- ♦ cu deficit cognitiv şi tulburări de comportament, care confirmă iresponsabilitatea şi degradarea etico-morală a subiectului.

- ***diagnosticul pozitiv*** al diverselor tipuri de alcoolism se pune pe baza:
  - ↳ datelor clinico-anamnestice care confirmă legătura cauzală dintre consumul de alcool de tip toxicomanic şi tulburările psihopatologice şi somatice specifice;
  - ↳ datelor paraclinice care confirmă afectarea hepatică şi sindromul policarenţial, respectiv atrofia corticală difuză şi cea subcorticală, anterioară din alcoolismul maladiv.

- ***diagnosticul diferenţial*** se face pentru fiecare dintre formele clinice cu:
  - ↳ alte tipuri de intoxicaţii acute sau subacute;
  - ↳ tulburările afective de tip hipomaniacal şi depresiv;
  - ↳ episoadele confuzive de etiologie psihogenă, traumatică, infecţioasă;
  - ↳ epilepsia – mai ales datorită existenţei unei "epilepsii alcoolice" care apare ca fenomen de sevraj sau complică evoluţia alcoolismului maladiv prin scăderea de către alcool a pragului convulsivant;
  - ↳ psihozele cronice delirante;
  - ↳ psihozele schizofrenice;
  - ↳ psihosindroamele organice;
  - ↳ demenţele de alte etiologii;
  - ↳ unele stări de şoc.
- ***evoluţia alcoolismului maladiv*** depinde de factori:
  - ↳ *individuali:* starea de sănătate fizică şi psihică alături de structura caracterială premorbidă;
  - ↳ *ambientali:* calitatea reţelei de suport social şi aceea a funcţionării în rolurile profesionale şi sociale, experienţa biografică personală, precum şi mentalitatea şi normele aparţinând socio-culturii de provenienţă;
  - ↳ *este caracteristică alternanţa remisiunilor parţiale şi a recidivelor,* care în funcţie de factorii menţionaţi determină după o perioadă variabilă de timp degradarea biologică şi psiho-socială a subiectului;
  - ↳ *factorii agravanţi ai evoluţiei sunt*: vârsta precoce a debutului consumului, asocierea altor toxicomanii, antecedentele familiale etilice sau dizarmonice, modele de conduită toxicofilică şi profesii predispozante, precum cele de ospătar, lucrători în industria prelucrătoare a băuturilor alcoolice sau în condiţii de muncă fizică grea, prezenţa unor boli somatice invalidante;
  - ↳ la complicaţiile somatice şi psihopatologice descrise se asociază tulburări depresive, anxioase, ale instinctului sexual şi manifestări auto- şi heteroagresive *care situează alcoolismul pe locul doi al cauzelor suicidului reuşit după psihozele afective bipolare şi pe primul loc în determinismul actelor infracţionale,* a căror paletă se extinde între atentatele la pudoare şi crimă;

↳ *o complicaţie în extindere progresivă* este *sindromul alcoolic fetal* cu: microcefalie, malformaţii craniofaciale şi cardiopulmonare şi o vulnerabilitate afectiv-atitudinală persistentă – care poate apărea la copiii născuţi din mame alcoolice în 35% din cazuri.

- ***atitudinea terapeutică*** în alcoolism:

↳ *trebuie diferenţiată în funcţie de forma clinico-evolutivă;*

↳ ***în episoadele confuzive de sevraj*** *– este obligatoriu tratamentul rehidratant şi roborant,* la care se asociază cu un bun efect şi asupra excitaţiei psihomotorii: *SULFAT DE STRICNINĂ* subcutanat, *HEMINEURIN* intravenos, *tranchilizante – DIAZEPAM, NAPOTON, HIDROXIZIN, CLONAZEPAM,* neuroleptice – *HALOPERIDOL, TIORIDAZIN, NEULEPTIL;*

↳ este necesară terapia cu *preparate corectoare ale insuficienţei hepatice: ASPATOFORT, METIONINĂ, soluţii de aminoacizi, vitamine din grupa B sau chiar alcooloterapie per os sau intravenos în soluţii glucozate*, în condiţii de spitalizare;

↳ uneori se impune şi asocierea de *preparate cortizonice, tonicardiace şi antibiotice* cu efect asupra fenomenologiei somatice;

↳ tratamentul intoxicaţiilor acute ocazionale sau a celor aferente alcoolismului cronic este asemănător;

↳ ***în episoadele dipsomanice şi în crizele comiţiale*** se impun mereu şi măsuri de protecţie a subiectului prin spitalizare obligatorie, dar şi o evaluare neurologică complexă a cazului, urmată de *instituirea medicaţiei anticonvulsivante de durată;*

↳ ***în alcoolismul cronic*** schema terapeutică trebuie să includă:

❑ *medicaţie anxiolitică, normotimizantă* – cu precădere antidepresive inhibitoare ale recaptării serotoninei – *PROZAC, ZOLOFT, SEROXAT, CITALOPRAM* – şi *psihoenergizantă,* care să se adreseze decompensărilor afective şi comportamentale, la care se asociază – atunci când fenomenologia devine de intensitate psihotică – preparate neuroleptice;

❑ medicaţie de repulsie:

- aparţine tehnicilor de decondiţionare care vizează crearea unui reflex condiţionat de tip aversiv prin asocierea alcoolului cu substanţe, împreună cu care provoacă manifestări somato-psihice extrem de neplăcute;
- cele mai cunoscute cure de aversiune sunt cele cu *APOMORFINĂ, METRONIDAZOL* şi *ANTALCOL sau DISULFIRAM* - acesta din urmă inducând un *sindrom hipersimpaticoton aferent intoxicaţiei acetaldehidice a organismului, metabolizarea alcoolului fiind întreruptă de către preparatul amintit la stadiul de aldehidă acetică;*

❑ *tehnici psihoterapeutice individuale – cognitive şi comportamentale* – şi de grup care vizează oferirea de soluţii alternative, reconsiderarea motivaţiilor şi valorilor dominante personale şi cultivarea aptitudinilor relaţionale restante în lipsa alcoolului;

❑ *tehnici socioterapeutice* care apelează la sprijinul membrilor familiilor alcoolicilor, a asociaţiilor de foşti alcoolici, de voluntari şi la mijloacele mass mediei; este recunoscută acualmente contribuţia

reabilitativă deosebită – a *Grupurilor de Alcoolici Anonimi* şi a *Grupurilor AL-ANON* care activează după programe elaborate, coalizând eforturile alcoolicilor şi partenerilor lor de viaţă în recuperarea socială şi profesională a subiecţilor, a unor instituţii cu profil ergoterapeutic şi de asistenţă de tip comunitar, care facilitează recuperarea aptitudinală şi îngrijirea separată a alcoolicilor – centre de zi şi locuinţe protejate.

RETARDĂRILE MINTALE SAU OLIGOFRENIILE ŞI DEMENŢELE

RETARDĂRILE MINTALE – OLIGOFRENIILE

- *sub denumirea generică de întârzieri mintale sau oligofrenii aparţin împreună cu demenţele patologiei psihiatrice deficitare;*

- ***sunt stări de nedezvoltare sau dezvoltare incompletă a psihismului şi a personalităţii în ansamblu*** care:

  - *afectează în mod variabil subiecţi de aceeaşi vârstă, aflaţi în aceleaşi condiţii de dezvoltare;*
  - *implică cu precădere un deficit cognitiv şi adaptativ social,* la care se asociază *simptome somatice cu specificitate relativă,* a căror frecvenţă şi intensitate sunt corespunzătoare gradului deficitului;
  - *se instalează până la vârsta de 3 ani şi se manifestă până la 18 ani;*
  - *sunt diagnosticate independent de coexistenţa unor suferinţe psihice sau fizice,* a căror frecvenţă însă este de 3-4 ori mai mare la subiecţii cu retardări mintale decât în populaţia generală.

- ***epidemiologic:***

  - datele sunt neconcludente datorită lipsei de uniformitate a metodologiilor de evaluare şi relativizării lor de către factori afectivi, conjuncturali sau culturali precum şi aferent dificultăţilor de identificare a debutului manifestărilor;
  - *în populaţia infantilă incidenţa este de 1 % iar în populaţia generală prevalenţa este de 4-6%;*
  - *frecvenţa este mai mare la sexul masculin şi este invers proporţională cu gravitatea nedezvoltării intelectuale.*

- ***clasificarea retardărilor mintale:***

  - se face în funcţie de:
    - *coeficientul intelectual:*
      - raportul dintre vârsta mintală a subiectului şi cea cronologică,
      - valoarea sa la copilul normal dezvoltat fiind 100 iar *diagnosticul de oligofrenie se pune atunci când QI este sub 70.*
    - vârsta mintală, dezvoltarea limbajului, rezultatele şcolare şi capacităţile de adaptare socială;
  - ***include patru forme:***
    - uşoară QI = 50-70;
    - medie QI = 30-50;
    - gravă QI = 20-30;
    - profundă QI sub 20.

- ***etiologia*** retardărilor mintale includ:

  - *factori genetici – endogeni:*
    - determină cele mai severe forme de oligofrenii, reprezenând 80-90% din total;

- *se clasifică în:*
  - *forme produse prin mecanisme poligenice cu dominanţa unor gene defavorabile inteligenţei* care se manifestă clinic prin fenomenologia debilităţii mintale, fără asocierea altor tulburări;
  - *forme produse prin gene majore mutante care determină un tablou clinic grav* însoţit de simptome neurologice şi somatice specifice, precum: acondroplazia, arahnodactilia = sindromul MARFAN, microcefalia primitivă, neurofibromatoza Von RECKLINGHAUSEN, distrofia musculară DUCHENNE;
  - *forme produse prin anomalii cromozomiale de număr sau formă, care au un tablou clinic de intensitate variabilă,* influenţat negativ de vârsta înaintată a mamei – sindroamele DOWN, TURNER, KLINEFELTER.

- *factori exogeni:*
  - de natură fizică, chimică, infecţioasă, traumatică, carenţială, metabolică şi hipoxică *şi acţionează pre-, intra- şi postnatal, producând efecte lezionale ireversibile asupra SNC – până la vârsta de 3 ani –* cei mai cunoscuţi fiind substanţele radioactive, medicamentele, inclusiv cele psihotrope, alcoolul, virusul rubeolic şi cel citomegalic, traumatismele obstetricale, malnutriţia calorică şi/sau proteică;
  - factorii socio-culturali care întârzie sau opresc dezvoltarea psihismului prin intermediul deficitului economic, afectiv, educativ sau cultural, fiind bine cunoscută frecvenţa semnificativ mărită a debilităţii mintale la copiii proveniţi din familii dezorganizate.

- determinismul retardărilor mintale are drept caracteristică acţiunea combinată a unor factori endo- şi exogeni;

- *există o corelaţie pozitivă între severitatea retardării mintale şi:*
  - *precocitatea intervenţiei factorului sau asocierilor de factori etiologici;*
  - *prezenţa unui factor etiologic confirmat.*

- ***patogenetic*** diferitele mecanisme implicate – legate de particularităţile factorilor etiologici – nu induc modificări specifice ci se diferenţiază prin severitatea deficitului de dezvoltare;

- ***clinic*** sunt descrise:

Intelectul liminar:

- *corespunde unui QI între 70-85 şi reprezintă cantitativ 10% din întârzierile mintale* dar cifra este relativizată de deficienţele procesului educaţional şi de suprastimularea provocată de ritmurile societăţii moderne;

- prezintă deficienţe ale gândirii abstracte şi o fragilitate a structurilor verbale, cu apeluri repetate la denumiri pretenţioase şi nepotrivite situaţiei;

- ***are dificultăţi semnificative în faţa exigenţelor şcolare ale claselor a 5-a şi a 6-a şi la începutul implicării în rolul profesional;***

- are capacităţi normale de învăţare şi adaptare la viaţa în colectivitate iar un context social şi cultural favorabil permite o integrare mulţumitoare în rolurile existenţiale şi estomparea diferenţelor faţă de indivizii cu un intelect normal.

Întârzierea mintală uşoară:

- *corespunde debilităţii mintale descrise clasic şi unui QI între 50-70 şi reprezintă cantitativ majoritatea oligofreniilor =75 %;*
- ***vârsta mintală este de 9-10 ani***, deci sfârşitului celei de-a treia copilării şi ***corespunde nivelului primelor patru clase elementare,*** dificultăţile de învăţare apărând la vârsta preşcolară sau şcolară;
- funcţiile de cunoaştere sunt afectate în mod neomogen, dar gândirea este în mod constant deficitară, având un caracter concret cu dificultăţi în elaborarea de judecăţi şi raţionamente şi în procesele de abstractizare, generalizare, în analize şi sinteze, ritmul fiind constant încetinit;
- atenţia spontană uneori foarte vie şi funcţiile mnestice puţin modificate pot compensa parţial insuficienţele gândirii, care rămâne însă rigidă, ancorată în prezent, incapabilă de a utiliza experienţa anterioară;
- limbajul reflectă deficienţele gândirii şi sărăcia imaginativă fiind specifică utilizarea acontextuală a unor termeni memorizaţi mecanic;
- afectivitatea este imatură, dominată de componenţe de factură holotimică, instabilă, cu impulsivitate recurentă, nevoia de a obţine satisfacţii imediate fiind cea care cultivă un stil care coalizează egocentrismul şi dependenţa de anturaj; în permanenţă trăirile afective sunt condiţionate de atitudinea persoanelor din jur care pot sugestiona conduite imorale sau/şi acte delictuale;
- există inconstant o insuficienţă a coordonării motricităţii voluntare, hiperreflectivitate osteotendinoasă, sinkinezii;
- ***adaptarea socială este mai bună în societăţile slab dezvoltate şi în mediul rural*** unde stimulii externi sunt reduşi calitativ şi cantitativ în concordanţa cu expectaţiile colectivităţii;
- *în condiţiile unei educaţii sistematice în unităţi speciale sau în medii familiale simultan tolerante şi stimulative pot fi cultivate unele aptitudini manuale şi pot fi însuşite meserii simple* care să permită o autoîntreţinere minimală, afectată însă în condiţii de stres economic sau social şi în situaţii neprevăzute;
- viaţa instinctuală si cea familială sunt mereu afectate de instabilitatea şi sugestibilitatea comportamentală precum şi de nevoia de apreciere şi valorizare socială, fiind dominate de promiscuitate.

Întârzierea mintală medie:

- corespunde *imbecilităţii descrise clasic şi unui coeficient intelectual între 30-50 iar cantitativ reprezintă 10 % dintre retardările mintale;*
- ***dezvoltarea intelectuală este corespunzătoare vârstei de 6-7 ani,*** deci sfârşitului celei de-a doua copilării iar subiecţii îşi însuşesc doar limbajul oral, nu şi pe cel scris*;*
- *deficitul intelectual este evident din primii ani de viaţă şi asociază tulburări de motricitate şi alte fenomene neurologice* – paralizii de nervi cranieni, hemiplegii spastice, sinkinezii, paratonii;
- atenţia spontană nu este de obicei afectată şi *sunt descrise uneori capacităţi de memorare mecanică excepţionale prin intermediul cărora subiecţii pot reţine şiruri întregi de cifre sau date aritmetice – calculatorii calendaristici;*

- gândirea este concretă şi incapabilă să elaboreze judecăţi, să prelucreze raporturile temporale sau spaţiale, să înţeleagă noţiunea de număr iar limbajul, datorită dislaliilor şi dizartriei, ignoră orice acord gramatical = *asintacsie;*

- afectivitatea e instabilă, cu paroxisme disforice de scurtă durată şi cu trăiri emoţionale vii, în contextul în care subiectul simte nevoia de atenţie, mângâiere şi protecţie; sub imperiul impulsivităţii pot fi comise acte antisociale ale căror consecinţe nu sunt conştientizate de subiect;

- *imbecilii pot fi educaţi să se îngrijească singuri, să se ferească de pericolele fizice imediate, să efectueze munci simple sau chiar operaţii stereotipe în ateliere protejate sau în cămine "şcoală";*

- *nu sunt capabili să se autoconducă în viaţa socială* – unde sunt mereu potenţiale "victime" – şi au nevoie de supraveghere în cadrul familiei sau în instituţii protejate de tip comunitar, dependenţa lor socială fiind mereu reconfirmată.

Întârzierea mintală gravă:

- *corespunde idioţiei descrisă clasic şi unui coeficient intelectual cuprins între 20-30,* ***vârsta mintală a subiectului fiind inferioară celei de doi ani****; cantitativ acest eşantion reprezintă 1-2 % din oligofrenii* şi mai este etichetat şi sub denumirea de idiot superior – "omul animal", fapt la care contribuie şi cvasiconstantele malformaţii cranio-faciale, scheletale şi hipotrofia staturală;

- *deficitul psihomotor este grav* cu – pervertirea senzorialităţii, caracterizată prin *nevoia de senzaţii acute şi intense* – se lovesc de corpurile din jur, îşi smulg părul, se automutilează;

- funcţiile de cunoaştere sunt nedezvoltate, viaţa afectivă şi cea instinctuală sunt primitive, anarhice, cu excese şi perversiuni care alternează cu perioade de apatie; expresiile verbale nearticulate asemănătoare sunetelor animalelor însoţesc adesea dezorganizarea motricităţii şi diversele tulburări neurologice de tip senzitiv-senzorial şi convulsiv;

- *subiecţii sunt complet dependenţi de anturaj*, sunt irecuperabili, la cei superiori – cu un QI apropiat de 30, fiind posibilă educarea unor deprinderi minime de autoservire şi igienă personală sau executarea unor gesturi elementare, alături de pronunţia deformată a câtorva cuvinte;

- posibilitatea permanentă a autoaccidentărilor şi rezistenţa scăzută la infecţii scad durata de viaţă a acestui eşantion de oligofreni la mai puţin de două decenii.

Întârzierea mintală profundă:

- *corespunde unui QI mai mic de 20 şi aşa-numitului "om plantă" care reprezintă cantitativ 1-2 % dintre oligofreni;*

- ***existenţa subiectului este pur vegetativă*** cu abolirea reflexelor condiţionate şi a oricăror capacităţi de autoîngrijire;

- vulnerabilitatea extremă la diversele noxe scurtează mult durata medie de viaţă şi impun supraveghere şi îngrijire complexă permanentă.

- ***diagnosticul pozitiv*** – este relativ simplu în oligofrenii şi apelează la anamneză şi heteroanamneză, la evaluarea deficitului intelectual şi adaptativ prin scale şi chestionare specifice – ele permit un diagnostic clinic în susţinerea căruia trebuie să se ţină seama întotdeauna de:

  - capacitatea de a valorifica cunoştinţele şi nu – în primul rând – de volumul lor;
  - caracteristicile social-economice şi culturale ale mediului de proveniență al subiectului;
  - starea afectivă a subiectului în perioada examinării;
  - de prezenţa asociată a unor deficienţe neurologice;
  - la examenul neurologic şi somatic şi la examinările de laborator genetice şi serologice – relevante în unele cazuri – ele facilitează de cele mai multe ori un diagnostic etiologic;
  - *este susţinut – mai ales într-un context etiologic decelabil – de instabilitatea psiho-afectivă, modalităţile de expresie sărace şi caricaturale, comportamentul sugestibil şi neelaborat, lipsa de angajare şi eficienţa în rolurile – mereu minore şi nesemnificative – în profesie, viaţa familială şi socială.*

- ***diagnosticul diferenţial*** *– se face pe baza datelor etiologice, clinico-anamnestice şi psihometrice* cu:

  - tulburările organice de personalitate şi anume cu stările psihopatoide de dezvoltare;
  - nevrozele infantile determinate de factori psiho-sociali nefavorabili;
  - encefalopatiile şi demenţele determinate de factori infecţioşi, inflamatori, traumatici, toxici, endocrino-metabolici, care acţionează după vârsta de trei ani, respectiv după aceea a maturizării somatice şi psiho-sociale a subiectului;
  - imaturitatea somato-psihică secundară distrofiilor cu efecte semnificative asupra limbajului şi coordonării motricităţii – care este recuperată de obicei până la vârsta de 3 sau cel mult 6 ani;
  - carenţele afective secundare separării – cu durata mai mare de 3 luni – de părinţi;
  - carenţele informaţionale prin izolare socială de natură geografică sau secundară instituţionalizării precoce a subiectului;
  - dislexia şi discalculia de natură genetică sau microlezională;
  - schizofrenia infantilă şi autismul infantil KANNER;
  - stările de handicap senzorial primare.

- ***evoluţia oligofreniilor:***

  - *este complicată în o treime până la două treimi din cazuri de diverse tipuri de tulburări psihopatologice care sunt de câteva ori mai frecvente decât la populaţia normală,* fapt ce confirmă vulnerabilitatea conferită de deficitul intelectual;
  - *gravitatea episoadelor psihopatologice este în general în concordanţă cu gradul retardării mintale*, astfel că în formele mai uşoare se descriu cu precădere manifestări nevrotiforme şi afective iar în oligofreniile severe tulburări psihotice;
  - *complicaţiile cele mai frecvente sunt date de autovătămări, de contactarea unor boli infecţioase sau somatice*, cu evoluţie agravată de deficienţele cognitiv-adaptative şi de *actele cu caracter antisocial,* legate direct de nivelul ridicat al sugestibilităţii;

↳ formele uşoare şi medii au un prognostic mai bun datorită adaptării mai flexibile la condiţiile de mediu şi la programul terapeutic-reabilitativ.

- ***atitudinea terapeutic-reabilitativă*** are două componente:

↳ ***profilactică*** – care include:

❑ *sfatul genetic şi familial* care sugerează măsuri anticoncepţionale în familiile cu boli ereditare;

❑ *măsuri de educaţie şi igienă adresate gravidelor şi actului naşterii* – inclusiv întreruperea sarcinii dacă în primele 3 luni gravida este contactă de rubeolă – şi asigurarea unei legislaţii protective faţă de acestea;

❑ *măsuri de educaţie sanitară a populaţiei* având ca subiect cunoaşterea şi evitarea factorilor etiologici pre- şi postnatali implicabili în determinismul retardărilor mintale.

↳ ***curativă*** *– se adresează factorilor etiologici decelaţi:*

❑ prin terapia precoce şi corectă a icterului nuclear, toxoplasmozei, mixedemului şi fenilcetonuriei;

❑ *după instalarea deficitului cognitiv se combină:*

- *metode chimioterapeutice:*
  - ➢ adresate deficitului prosexic: methylphenidate – RITALIN;
  - ➢ comportamentului impulsiv şi agresivităţii:
    - ▪ CARBAMAZEPINĂ;
    - ▪ SĂRURI DE ACID VALPROIC;
    - ▪ neuroleptice clasice: HALDOL, TIORIDAZIN;
    - ▪ neuroleptice moderne: RISPERIDON, ZYPREXA;
    - ▪ beta-blocante: PROPRANOLOL;
    - ▪ BUSPIRONĂ.
  - ➢ fenomenologiei obsesiv-compulsive care însoţeşte uneori stereotipiile motorii – antidepresive inhibitoare ale recaptării serotoninei şi noradrenalinei: FLUOXETIN.
- *metode psihoterapeutice – care se aplică iniţial în unităţi speciale şi de obicei după atingerea vârstei şcolare* şi includ:
  - ➢ tehnici comportamentale şi în formele mai uşoare de retardări mintale cognitive individuale;
  - ➢ psihoterapii de grup şi familiale care se adresează deficitului relaţional şi persoanelor care – în cea mai mare măsură – trebuie să accepte, să înţeleagă şi să ofere un suport material, afectiv şi moral permanent deficientului mintal.
- *metode socioterapeutice* – care vizează protecţia, educarea şi îngrijirea comunitară a retardatului mintal şi trebuiesc aplicate eşalonat în cămine-internat, cămine-şcoală, şcoli ajutătoare, cămine-spital – pentru formele grave – şi în unităţi productive protejate care pot adeseori întreţine sau cultiva abilităţi şi aptitudini

restante care să completeze suportul motivaţional al subiectului şi să-i confere uneori şansa unei existenţe decente şi a apartenenţei la viaţa comunitară.

DEMENŢELE

- ***reprezintă o categorie de afecţiuni psihice cu substrat organic lezional cerebral care se manifestă clinic prin degradarea progresivă şi de obicei ireversibilă a psihismului – în mod – particular a funcţiilor de cunoaştere, a personalităţii şi a comportamentului;***

- este evidentă alterarea funcţionării în rolurile sociale şi profesionale a subiectului, deşi aceasta din urmă este relativizată ca şi criteriu diagnostic de diferenţele de accesibilitate şi de cele transculturale;

- *în 15 % din cazuri modificările pot fi reversibile* şi anume, atunci când ele nu ating gradul de severitate al unor leziuni definitive ca urmare a intervenţiei terapeutice precoce;

- *fenomenologia de tip demenţial* nu este însoţită de alterări ale câmpului conştiinţei şi *poate fi identificată fals-pozitiv datorită unor factori perturbatori ai eficienţei intelectuale* precum surmenajul, stările depresive, deficitul motivaţional sau prezenţa unor suferinţe somatice cu evoluţie severă;

- ***în majoritatea cazurilor factorii etiologici incriminaţi sunt decelabili*** şi în prezenţa componentelor sindromului demenţial permit încadrarea nosologică;

- conform celei mai recente clasificări care apelează la criteriile etiologice şi anatomopatologice, sunt descrise demenţele din boala ALZHEIMER, demenţele vasculare şi cele din cadrul altor boli;

- ***epidemiologic:***

  - ***demenţa de tip ALZHEIMER*** *reprezintă 50-60% din totalul demenţelor şi 5% din demenţele întâlnite peste vârsta de 65 de ani,* incidenţa crescând paralel cu vârsta;

  - *factorii de risc specifici sunt:* sexul feminin – cu mare probabilitate şi datorită longevităţii mai ridicate, antecedente psihopatologice similare la rude de gradul întâi, antecedente traumatice cranio-cerebrale personale, antecedentele familiale de sindrom DOWN sau de limfom;

  - ***demenţa vasculară*** *constituie 15-30% din totalul demenţelor,* factorii de risc specifici fiind sexul masculin şi boala hipertensivă;

  - în 15 % din cazuri cele două forme descrise coexistă;

  - ***restul demenţelor*** sunt consecinţa intervenţiei unor factori infecţioşi, virali, toxici, traumatici şi metabolici, care *provoacă leziuni cerebrale de aspect variat, dar întotdeauna localizate bilateral.*

- ***particularităţi clinico-etiologice şi patogenetice***:

Demenţele din boala ALZHEIMER:

  - *în peste 40% din cazuri este confirmată contribuţia factorilor genetici aferent:*

    - caracterului familial al bolii;
    - ratei de concordanţă pentru gemenii monozigoţi care este de şase ori mai mare decât pentru gemenii dizigoţi;
    - confirmării transmiterii familiale printr-o genă autosomală dominantă.

- ***anatomo-patologic*** sunt descrise ca specifice:
  - *plăci senile cu structură amiloidică;*
  - *degenerescenţa granulovasculară a neuronilor cu atrofii neuronale extinse la nivelul întregului cortex şi la nivelul hipocampului;*
  - *degenerescenţa neurofibrilară;*
  - *pierderi sinaptice* care afectează peste 50% dintre legăturile interneuronale;
  - *scăderea metabolismului acetilcolinei şi noradrenalinei* la nivelul SNC prin deficitul de acetilcolintransferază şi atrofierea neuronilor colinergici şi noradrenergici.
- ***clinic:***
  - după vârsta debutului se descriu: o *demenţă ALZHEIMER cu debut precoce* – între 45-65 de ani, una *cu debut tardiv* – peste 65 de ani, şi una *mixtă* care asociază etiopatogenetic modificări vasculare;
  - *simptomatologia include:*
    - *faza de debut insidios cu tulburări de memorie, urmate de o dezorientare temporo-spaţială* care face ca subiectul să se piardă în propria locuinţă sau să nu-şi găsească patul în cameră sau în salon; sunt tot mai evidente dispersia atenţiei spontane, tulburările de judecată şi raţionament şi uneori simptome anxioase, depresive sau interpretative;
    - *faza de stare se instalează mai rapid la cei cu debut precoce şi transmitere familială a bolii* – de la câteva luni până la 1-2 ani e dominată de *un sindrom demenţial sever* cu degradarea globală a psihismului şi a personalităţii cu:
      - dezorientare auto- şi allopsihică;
      - afazie senzorială – imposibilitatea înţelegerii limbajului vorbit, însoţită de ecolalie, polilalie, logoree şi jargonofazie;
      - apraxie cu dezorganizarea motricităţii şi comportament caricatural;
      - agnozie vizuală pentru forme, culori şi fizionomii – *prosopagnozie;*
      - episoade confuzive sau paranoide – cu halucinaţii polisenzoriale şi idei delirante nesistematizate de prejudiciu;
      - manifestări impulsive şi heteroagresivitate intermitentă;
      - crize epileptiforme şi o hipertonie de tip extrapiramidal cu semnul roţii dinţate pozitiv.
    - *faza terminală se instalează după o evoluţie lent progresivă* – cu posibile faze de platou iar după 8-10 ani cu fenomene caşectice, gatism şi deces prin accidente sau infecţii intercurente.

Demenţele vasculare:

- ***apar de obicei după vârsta de 60 de ani şi incriminează din punct de vedere etiologic accidentele vasculare de tip hipertensiv sau ischemic, alături de***
  - *factorii de risc familial de acelaşi tip;*

- *factori favorizanţi* precum excesele alimentare şi toxice, sedentarismul şi stresul; se consideră că la aproximativ o zecime din persoanele care au suferit un accident vascular cerebral după vârsta de 60 de ani se instalează modificările de tip demenţial;

- *anatomopatologic sunt descrise multiple distrucţii tisulare cu caracter diseminat*, secundare atacurilor ischemice succesive, care au impus utilizarea şi a termenului de *demenţă multiinfarct;*

- ***debutul este în marea majoritate a cazurilor brusc,*** *după un ictus apoplectic sau o criză convulsivă* şi coalizează manifestări confuzive şi semne de focar tranzitorii, urmate de fenomene astenice şi depresiv-anxioase, secundare conştientizării propriei degradări psihice şi somatice;

- *în faza de stare este caracteristic un tablou lacunar – de unde şi denumirea de demenţă lacunară – cu degradarea inegală şi variabilă a funcţiilor psihice*, îndeosebi a memoriei şi a capacităţilor de orientare temporală, labilitate afectivă marcată, accentuarea unor trăsături ale personalităţii premorbide, deşi – *în mod caracteristic acestui tip de demenţă – nucleul personalităţii este păstrat timp îndelungat;*

- *manifestări de tip parkinsonian şi cerebelos precum şi un pseudobulbarism,* de asemenea specific, *cu râs şi plâns spasmodic, dizartrie şi disfagie*; se asociază constant modificări somatice secundare vasculopatiilor cerebrală şi sistemică, evidenţiabile şi paraclinic;

- *evoluţia este ondulantă* cu acutizări episodice ale fenomenologiei psihopatologice şi neurologice, iar *în fazele finale – după 2-3 ani de zile –* se descrie un sindrom care include obtuzie, dezorientare temporo-spaţială, ataxie şi căderi accidentale; decesul se produce printr-un ictus final sau prin accidente şi complicaţiile lor.

Demenţele din cadrul altor boli:

- *au o etiologie variată* iar unele forme clinice cum sunt cele din:
  - *hipotiroidism;*
  - *hidrocefalia cu presiune normală;*
  - *unele tumori cerebrale* – au o simptomatologie care poate regresa, starea generală a subiectului ameliorându-se în timp.
- includ:
  - ***Demenţa din boala PICK:***
    - apare cel mai frecvent între 50-60 de ani la sexul feminin şi reprezintă 5 % dintre demenţele ireversibile;
    - *etiopatogenia este necunoscută dar cu mare probabilitate există o transmitere ereditară;*
    - *anatomopatologic* se întâlnesc în mod specific o balonizare a neuronilor cu apariţia bulelor argentofile intracitoplasmatic – *corpusculi PICK* – şi o înmulţire accentuată a celulelor gliale – *glioza*; *atrofiile corticale sunt bilaterale şi sunt bine delimitate fronto-temporal;*
    - *clinic debutul este insidios* cu labilitate afectivă, episoade euforice, dezinhibiţie instinctuală şi tulburări de comportament precum furturi, piromanie şi delicte sexuale; *la acestea se adaugă o bulimie caracteristică ce precede faza de stare în care domină o fenomenologie demenţială de tip frontal* cu apatie, stereotipii

şi perseveraţii verbale şi motorii, ecolalie, palilalie, mutism; modificările neurologice asemănătoare cu cele din boala ALZHEIMER se instalează doar *în faza finală, după 4-6 ani de evoluţie* şi se asociază caşexiei şi gatismului; *lipsesc dezorientarea temporo-spaţială, deficitul cognitiv sever şi crizele epileptiforme.*

- ***Demenţele din boli neurologice – apar în fazele finale ale evoluţiei acestora*** fiind de remarcat următoarele entităţi:

- ***demenţa din boala JAKOB-CREUTZFELDT*** *sau* ***pseudo-scleroza spastică*** *– suferinţă neurologică degenerativă indusă de un virus lent,* pe cât de rară, pe atât de gravă datorită unei fenomenologii deteriorative, însoţită de stări confuzive persistente şi manifestări de tip piramidal sau extrapiramidal, simptome care după o evoluţie subclinică de 1-2 ani de zile duc în câteva luni la comă şi deces; se pot asocia ataxie, ambliopie, atrofii de tip neuron motor central iar modificările EEG de tip trifazic sunt caracteristice;

- ***demenţa din boala HUNTINGTON*** *sau* ***coreea cronică*** *– este o formă dominant subcorticală* în care pe primul plan nu se află deficitul cognitiv ci lentoarea psihomotorie şi pierderea progresivă a abilităţii de a efectua gesturi complexe la care se asociază episoade confuzive şi halucinator-delirante intense şi persistente; mişcările coreiforme preced de obicei demenţa sau pot domina tabloul clinic atunci când acesta debutează la vârste tinere – rigiditate striată sau la vârste înaintate – tremorul intenţional;

- ***demenţa din boala PARKINSON*** are un tablou clinic asemănător cu cel precedent, dar în evoluţie sunt evidente şi deficitul cognitiv şi bradifemia;

- ***demenţa epileptică:***

  - *are un tablou clinic particular în care domină bradipsihia* – încetinirea ritmului şi eficienţei funcţiilor psihice – cu precădere a celor de cunoaştere, fiind specifică trecerea greoaie de la o idee la alta – vâscozitatea ideatorie, exprimată şi în limbaj; treptat, pe măsura neglijării preocupărilor şi responsabilităţilor profesionale şi sociale se instalează *o îngustare caracteristică a motivaţiilor şi intereselor, o monotonie imaginativă şi atitudinală*, subiectul fiind dominat de grija pentru propria sănătate *exprimată printr-un comportament egoist şi egocentric;*

  - etiopatogenetic sunt implicate anoxia şi traumatismele cranio-cerebrale consecutive manifestărilor paroxistice, precum şi efectele secundare ale medicaţiei anticonvulsivante şi asocierea posibilă a unor paroxisme subclinice care explică evoluţia ondulantă, variabilă ca intensitate a fenomenologiei deteriorative.

- ***Demenţele toxice –*** *sunt dominate cantitativ de demenţele alcoolice*, alţi factori etiologici precum monoxidul de carbon, solvenţii organici, metalele grele fiind mult mai rar implicaţi, şi aceasta îndeosebi în anumite medii profesionale, *fiind descrise câteva variante clinico-evolutive cu substrat anatomopatologic specific* şi anume:

- ***psihoza KORSAKOV*** *sau* ***sindromul amnestic-confabulator organic*** în care tabloul clinic caracteristic este dominat de hipomnezie de fixare, false recunoaşteri, dezorientare temporală şi confabulaţii având ca substrat anatomopatologic *leziuni la nivelul circuitului lui PAPEZ,* situat în zona hipocampo-mamilo-talamo-cingulară, *considerat sediul memoriei;* se asociază fenomene polinevritice, hipotonie şi hipotrofie musculară, sub tratament manifestările psiho-patologice putând remisiona în câteva luni până la un an de zile;

- ***boala MARCHIAFAVA–BIGNAMI*** *este caracterizată clinic prin episoade confuzive persistente şi tulburări de comportament care asociază o fenomenologie neurologică severă* cu dizartrie, hipertonie spastică, astazo-abazie – pierderea bruscă a tonusului postural şi crize epileptiforme; evoluţia este rapid progresivă, în faza finală tabloul demenţial fiind însoţit de mutism şi akinezie; *anatomopatologic a fost confirmată demielinizarea treimii anterioare a porţiunii axiale a corpului calos şi atrofia acestuia;*
- ***scleroza laminară MOREL*** *– clinic este caracterizată printr-un tablou demenţial cu evoluţie progresiv rapidă şi ireversibilă,* având ca substrat *glioza lobului frontal*, confirmată anatomopatologic.

❑ ***Demenţele din bolile infecţioase –*** pot apare ca sechele deteriorative şi neurologice, indiferent de vârstă, după tablouri de tip meningoencefalitic produse de bacilul piocianic, bacilul KOCH, virusul herpetic, cele mai cunoscute şi comentate variante clinice fiind:

- ***demenţa luetică*** *– care corespunde sifilisului cerebral* şi este caracterizată clinic prin deficit sever al memoriei de fixare, idei delirante nesistematizate de grandoare şi enormitate, comportament pueril şi sugestibilitate accentuată la care se asociază anizocorie, dizartrie, tremor, hipotonie şi hipotrofii musculare; *treptat se instalează un tablou demenţial sever având ca particularitate contrastul dintre gravitatea deteriorării psihice şi somatice şi euforia megalomanică* atitudinală a subiectului; serologic reacţia BORDET-WASSERMANN este pozitivă în lichidul cefalorahidian;
- ***demenţa din infecţia cu virusul imunodeficienţei dobândite*** – în cadrul căreia sunt descrise un deficit de concentrare şi unul mnestic, *care afectează în mod specific capacitatea de rezolvare a problemelor cotidiene şi cititul; sunt de asemenea caracteristice apatia, deficitul motivaţional şi cel al relaţiilor interpersonale, afectate şi de episoadele disforice sau paranoide;* se asociază neurologic tremor cu mişcări rapide şi repetitive, hipertonie, tulburări de echilibru întreţinute şi de mişcările spastice oculare şi hiperreflexie generalizată; *evoluţia este rapid progresivă cu degradare globală, mutism şi deces în câteva săptămâni sau luni de la instalarea fenomenologiei descrise.*

❑ ***Demenţa posttraumatică:***

- ***dificil de delimitat ca entitate de sine stătătoare*** datorită posibilei interferenţe a unor factori degenerativi, toxici sau a unui proces înlocuitor de spaţiu intracerebral, de tipul hematomului subdural;
- *clinic domină labilitatea afectivă şi paroxismele anxioase, fenomene de tip pseudoparkinsonian şi convulsiv care evoluează lent* – adeseori la foştii boxeri – *punch-syndrom* şi se stabilizează în timp.

❑ ***Alte tipuri de demenţe*** apărute ca şi manifestări sau consecinţe ale unor boli cerebrale sau somatice:

- au particularităţi clinico-evolutive legate de suferinţa declanşatoare;
- se descriu în:
  - *lipiodoza cerebrală;*
  - *intoxicaţia cu monoxid de carbon sau alte substanţe psihoactive;*
  - *degenerescenţa hepato-lenticulară – boala WILSON;*
  - *hipotiroidismul dobândit;*

- *hipercalcemie;*
- *lupusul eritematos diseminat;*
- *poliarterita nodoasă;*
- *deficienţa de vitamina B_{12};*
- *deficienţa de vitamina PP – pelagra.*

- ***diagnosticul pozitiv*** al demenţelor *este facilitat adeseori de posibilitatea stabilirii unei corespondenţe între factorul etiologic dominant implicat şi fenomenologia de tip demenţial confirmată:*

  - *clinic;*
  - *psihometric* – prin intermediul indicelui deteriorativ;
  - *paraclinic* prin:
    - examenul fundului de ochi;
    - electroencefalografie;
    - angiografii cerebrale;
    - radiografii craniene simple;
    - examenul LCR;
    - explorarea metabolismelor intermediare;
    - reacţii biologice în infecţii.
  - *neuro-imagistic:*
    - rezonanţa magnetică nucleară;
    - computertomografia craniană cu emisie de fotoni, care permit şi o mai bună delimitare a principalelor tipuri de demenţe – degenerative respectiv vasculare.

- ***diagnosticul diferenţial:***

  - ***se face cu precădere clinico-anamnestic, paraclinic şi psihometric*** prin scale şi teste care evaluează şi componentele non-cognitive ale psihismului, uneori fiind posibile şi explorările anatomopatologice;
  - *este utilă diferenţierea dintre demenţele de tip ALZHEIMER şi cele vasculare prin intermediul tehnicilor radiologice moderne*, precum şi aceea faţă de stările confuzive de altă etiologie, depresii, stările de defect schizofren, patologia simulativă, intoxicaţiile cronice cu substanţe psihoactive şi retardările mintale.

- ***evoluţia*** demenţelor în ansamblu:

  - depinde de:
    - precocitatea debutului;
    - particularităţile etiologice;
    - atributele de gravitate fiind date de prezenţa antecedentelor familiale identice
    - vulnerabilitatea psihologică sau somatică preexistentă;
  - *este favorizată de calitatea integrării şi funcţionării în rolurile profesionale şi sociale, de nivelul educativ şi cultural, de complexitatea relaţiilor interpersonale* care alături de terapii psihofarmacologice şi psihosociale pot încetini uneori sau chiar stabiliza – pentru perioade de timp variabile – fenomenologia deteriorativă;

↳ ***este reversibilă*** în hipotiroidismul dobândit, în hidrocefalia cu presiune normală şi în unele tumori cerebrale;

↳ *este întotdeauna agravată de asocierea consumului de alcool sau benzodiazepine, consum care uneori poate releva un tablou demenţial subclinic.*

- ***atitudinea terapeutică*** – *deşi în plan conceptual – pare improprie* într-un sector nosologic care implică degradarea de obicei ireversibilă a psihismului şi a personalităţii, *coalizează în realitate mijloace profilactice şi reabilitative necesare şi utile.*

↳ *profilactic:*

❑ *se impune terapia corectă a afecţiunilor potenţial generatoare* de modificări de tip demenţial şi la sfatul genetic în cazurile cu ereditate familială;

❑ sunt utile măsurile de educaţie sanitară alături de cele care asigură un nivel corespunzător de civilizaţie materială accesibilă unor extinse colectivităţi umane;

❑ se apelează la strategii şi modele de factură psiho-socioterapeutică, care pot asigura un regim de viaţă echilibrat ce asociază armonios activismul elaborat, repausul şi petrecerea plăcută a timpului liber, precum şi evitarea condiţiilor stresante şi a toxicelor.

↳ *terapeutic* – sunt utile:

❑ *chimioterapia:*

- cu anxiolitice cu timp de înjumătăţire scurt: OXAZEPAM, ALPRAZOLAM;
- antidepresive inhibitoare ale recaptării serotoninei – FLUOXET, ZOLOFT;
- antidepresive duale – EFECTIN;
- neuroleptice – îndeosebi TIORIDAZIN – pentru asistarea manifestărilor afective şi halucinator-delirante; *dozajul trebuie să fie individualizat în funcţie de starea somatică generală dar este indicat să nu depăşească jumătate din doza administrată la vârsta adultă;*
- preparate care se adresează deficitului cognitiv – TACRIN, ARICEPT – stimulează metabolismul colinergic alături de VITAMINA E în doze mari de 1 g/zi şi SELEGILIN (un IMAO) ce poate induce hipotensiune ortostatică, despre care se consideră recent că încetinesc derapajul cognitiv;
- psihotone;
- energizante;
- vasodilatatoare;
- antiagregante plachetare: ACID ACETILSALICILIC.

❑ *psihoterapii suportive şi ergoterapii* care să întreţină aptitudinile individuale;

❑ *psihoterapii familiale* de majoră importanţă în acceptarea situaţiei pacienţilor şi în asigurarea unei ambianţe protectiv-stimulative;

❑ *socioterapii şi îngrijire de tip comunitar* la nivelul caselor şi căminelor de bătrâni în organizarea cărora un rol major revine şi asociaţiilor de voluntari, care pot de asemenea să se implice în schimbarea mentalităţii şi normelor morale colective faţă de fenomenologia de tip demenţial şi complicaţiile ei.

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE, ÎN ARTERIOSCLEROZA CEREBRALĂ ŞI ÎN BOALA HIPERTENSIVĂ

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN TRAUMATISMELE CRANIO-CEREBRALE

- *se datorează modificărilor funcţionale şi organice ale ţesuturilor nervoase afectate direct sau indirect de agentul traumatic;*

- *importanţa lor actuală este deosebită dintr-o dublă perspectivă medicală şi socială şi corespunde ritmurilor dezvoltării vieţii economice, transporturilor, turismului şi sporturilor;*

- ele afectează cu precădere populaţia de vârstă cuprinsă între 15-25 ani şi implică de 3 ori mai frecvent sexul masculin în raport cu cel feminin;

- ***cele mai des întâlnite cauze*** sunt:

  - *accidentele de circulaţie care ocupă primul loc* şi prin prisma gravităţii consecinţelor deoarece afectează sistemul nervos central în 81% din cazuri, faţă de procentajul mediu de 2%;
  - *accidentele industriale şi casnice;*
  - *vătămările secundare conduitelor agresive;*
  - *căderile accidentale şi accidentele sportive;*
  - *accidentările în lupte şi războaie.*

- ***factorii favorizanţi*** implicabili sunt:

  - ***în 80% din cazuri particularităţi temperamental-caracteriale,*** precum o reactivitate de tip impulsiv în situaţii stresante, instabilitatea imaginii de sine, tendinţe agresive latente, dificultăţi adaptative întreţinute şi de lipsa de experienţă, oboseală şi consum frecvent de toxice, inclusiv alcool;
  - ***în 10 % din situaţii rolul întâmplării pare să fie dominant;***
  - ***epilepsia, toxicomania etilică, psihosindroamele deteriorative şi tratamentul prelungit cu neuroleptice*** sunt condiţii cu risc crescut pentru traumatismele cranio-cerebrale.

- ***clasificarea traumatismelor cranio-cerebrale*** se face după:

  - *locul agresiunii:*
    - traumatisme directe – prin lovirea nemijlocită a craniului;
    - traumatisme indirecte – prin transmiterea efectului unei lovituri produsă în altă regiune decât cea craniană asupra conţinutului cutiei craniene;
  - *durata şi severitatea tulburărilor de conştiinţă* – există traumatisme:
    - minore;
    - medii;
    - grave.
  - *criteriul chirurgical:*
    - traumatisme închise – fără soluţie de continuitate la nivelul pielii capului – în cazul lor compresiunea creierului este mai intensă;

- traumatisme deschise – care lezează pielea capului şi pot fi:
  - nepenetrante – nu depăşesc duramater;
  - penetrante sau perforante intracerebral.

↳ *tulburările psihice secundare traumatismelor cranio-cerebrale*, acestea apelând la intervalul de timp dintre acţiunea agentului traumatic şi apariţia manifestărilor clinice şi având forme:

- acute;
- subacute;
- tardive.

- ***patogenetic*** *– efectul traumatismului depinde de:*

↳ *particularităţile factorilor mecanici*, locul şi durata acţiunii, direcţia de transmitere a energiei traumatice;

↳ *particularităţile somatice şi psihologice ale subiectului*: vârsta, prezenţa unor boli somatice sau a unor leziuni cerebrale anterioare, a unor stări de intoxicaţie sau de surmenaj, a unei instabilităţi afective constituţionale;

↳ *atitudinea anturajului familial şi calitatea înţelegerii şi sprijinului oferit* de restul componentelor reţelei de suport individual.

- ***anatomopatologic*** – sunt descrise ca principale modificări:

↳ *edemul cerebral – localizat sau generalizat* care:

- în formele severe *duce la instalarea unui sindrom de hipertensiune intracraniană;*
- *pare responsabil de manifestările psihotice confuzive* şi are o evoluţie deseori imprevizibilă spre resorbţie sau spre lichefiere şi necroză.

↳ *vasodilataţie paralitică;*

↳ *hemoragii prin diapedeză sau vasoconstricţie prelungită;*

↳ *hematoame intraparenchimatoase;*

↳ *focare de necroză;*

↳ *fenomene reparatorii de cicatrizare* care au însă un potenţial evolutiv specific, se extind prin reacţii conjunctive gliale şi *sunt responsabile de apariţia epilepsiei posttraumatice.*

- ***clinic:***

Tulburările psihice acute*:*

↳ *afectează constant – cantitativ şi calitativ – conştiinţa*, principalele manifestări psihopatologice fiind:

- ***delirul traumatic*** *= psihoza confuzivă de tip oneiroid* cu halucinaţii vizuale şi idei delirante mobile – uneori cu tematici profesionale – la care se asociază o labilitate afectivă marcată şi tendinţe perseverative; atunci când durata evoluţiei depăşeşte 7 zile se consideră că leziunile anatomopatologice sunt extinse;
- ***stupoarea traumatică*** dominată de negativism şi detaşarea completă de realitate;
- ***starea crepusculară*** – mai frecventă la copii, la adult ea fiind adeseori înlocuită de manifestări neurasteniforme, fobii şi automatisme ambulatorii schiţate.

↳ *corespund celor trei tablouri clinice* descrise clasic:

- ***comoţia cerebrală*** *= zguduirea creierului* – efect primar al traumatismului cranian caracterizat prin:
  - *pierderea de scurtă durată – câteva minute – a conştienţei care poate atinge intensitatea comatoasă;*
  - *reversibilitate completă cu:*
    - amnezie lacunară şi retrogradă;
    - ameţeli, cefalee, vărsături şi oscilaţii ale parametrilor cardio-circulatori cu durată de câteva zile.
  - diagnostic doar retrospectiv având în vedere particularităţile clinico-evolutive.
- ***contuzia cerebrală*** *= strivirea creierului – se manifestă printr-o pierdere a stării de conştienţă până la comă cu o durată de ore sau zile, la care se asociază:*
  - semne neurologice de focar şi semne de iritaţie meningeană;
  - stări de agitaţie psihomotorie de tip euforic sau disforic, alternând cu perioade de apatie şi detaşare faţă de ambianţă.
- ***compresia cerebrală*** *= hematomul cerebral* – apare după un anumit interval de timp faţă de traumatism şi se manifestă printr-un tablou de suferinţă cerebrală cu evoluţie progresivă şi gravă.

↳ *simptomatologia:*

- *iniţial poate fi de aspect nevrotiform adăugându-se treptat tulburări de conştiinţă de tip confuziv,* de o extremă *variabilitate şi semnele sindromului de hipertensiune intracraniană:* cefalee accentuată matinal, vărsături pseudoincoercibile, ameţeli, respectiv edem şi stază papilară la examenul fundului de ochi;
- *include semne de iritaţie meningeană şi semne neurologice de focar în peste 50% din cazuri*, confirmate şi paraclinic prin:
  - examenul electroencefalografic – care evidenţiază un focar lezional cu unde lente de mică amplitudine;
  - echoencefalografie – care arată deplasarea unei emisfere cu minimum 2 mm;
  - tomografia computerizată – care pune în evidenţă colecţia sanguină şi deplasarea masei cerebrale;
  - examenul arteriografic – care confirmă deplasarea sistemului vascular unilateral;
  - examenul radiologic – care poate arăta linia de fractură.
- *în variantele evolutive grave sau netratate la timp* – prin intervenţie neurochirurgicală – se instalează starea comatoasă *cu midriază paralitică unilaterală, hemipareză controlaterală caracteristică* şi alterarea ireversibilă a funcţiilor vitale.

Tulburările psihice subacute includ:

↳ ***tulburările de memorie*** *– de tipul amneziilor:*

- lacunare;

- anteroretrograde – rare;
- selective;
- de fixare specializate – deficitul memoriei vizuale corepunde afectării emisferei drepte iar cel al memoriei auditive afectării emisferei stângi.

↳ ***sindromul KORSAKOV posttraumatic:***

- caracterizat prin amnezie de fixare, dezorientare temporo-spaţială, false recunoaşteri, confabulaţii mnestice şi o dispoziţie labilă oscilând între euforie şi apatie;
- *evoluează spre o ameliorare lentă – în 6-12 luni de zile – sau spre tabloul demenţei traumatice.*

Tulburările psihice tardive posttraumatice:

↳ *se instalează în continuarea celor acute sau subacute sau după o perioadă de latenţă de săptămâni sau luni de zile;*

↳ includ:

- ***oligofrenia posttraumatică*** *– apare după traumatisme grave produse în primii 3 ani de viaţă* şi are manifestări de intensitate variabilă care asociază mereu semne de deficit neurologic;
- ***demenţa posttraumatică:***
  - *se instalează după episoade confuzive prelungite* şi este favorizată de repetarea traumatismului, vârsta înaintată, terenul aterosclerotic sau toxic etilic;
  - este dominată de un tablou deteriorativ cognitiv, parţial exprimat şi cu evoluţie mai lentă la tineri, respectiv cu un caracter global şi evoluţie rapidă la vârstnici;
  - sunt caracteristice oscilaţiile afective urmate de inerţie şi tendinţe perseverative motorii, restrângerea progresivă a interesului pentru ambianţă şi manifestări comportamentale exprimând caricatural un egoism absolut.
- ***encefalopatia traumatică a boxerilor – punch-drunk – sindromul pseudoebrios posttraumatic*** descrisă la boxerii profesionişti după 1-2 decenii de practicare a acestui sport:
  - are ca substrat mici focare hemoragice – secundare loviturilor – care se transformă în zone atrofice;
  - *include două categorii de simptome dominante:*
    - *psihiatrice:* obtuzie, paroxisme disforice, tulburări de atenţie şi memorie care progresează timp de un an de zile – apoi rămân staţionare – în final conturând un tablou demenţial;
    - *neurologice:* dizartrie, tremor, tulburări de echilibru şi în fazele avansate o fenomenologie de tip piramidal şi extrapiramidal.

- ***tulburarea organică de personalitate posttraumatică:***
  - *reprezintă modificări caracteriale şi cognitive secundare efectului lezional cerebral al agentului traumatic* cu o simptomatologie clinică nuanţată în funcţie de sediul leziunii;

- cel mai frecvent implicate şi mai expresive clinic sunt zonele fronto-orbitare şi temporale;
- fenomenologia clinică poate fi dominată de manifestări euforic-expansive *şi dezinhibiţie comportamentală* cu ignorarea regulilor de igienă şi convieţuire în colectivitate sau de *apatie, diminuarea suportului motivaţional şi a randamentului intelectual*, în ambele situaţii asociindu-se treptat un *stil egocentric, care alături de exploziile coleroase şi episoadele interpretative întreţin deficitul relaţional.*

❑ ***epilepsia posttraumatică:***

- *apare cel mai frecvent după traumatisme deschise* cu penetrarea duramaterului, întotdeauna *la un interval de minimum 6 luni până la 5 ani de la traumatism* deoarece are ca substrat modificările cicatriciale sau procesele de scleroză difuză sau localizată;
- *manifestările convulsive specifice îmbracă forma crizelor majore generalizate şi a celor de tip jacksonian* şi însoţesc frecvent stările psihopatoide sau demenţiale posttraumatice;
- interaccesual domină instabilitatea afectiv-atitudinală, vâscozitatea ideativă, reacţiile de tip impulsiv;
- ***vascularizaţia săracă a zonei cicatriciale împiedică accesul şi difuziunea medicaţiei anticonvulsivante şi scade în mod semnificativ responsivitatea terapeutică.***

❑ ***cerebrastenia posttraumatică:***

- are un tablou clinic care:
  - *se instalează frecvent după traumatisme cranio-cerebrale minore sau medii*, care produc doar modificări cerebrale cu caracter funcţional astfel încât mai *este cunoscută şi sub denumirile de* ***sindrom postcomoţional*** sau ***postcontuzional;***
  - este favorizat şi întreţinut de:
    - *factori psihogeni* precum reacţia subiectului faţă de traumatism, atitudinea anturajului apropiat, precocitatea şi calitatea raporturilor cu terapeutul sau echipa terapeutică care pot avea un potenţial iatrogen ridicat;
    - *factori personologici* – trăsături ale personalităţii premorbide de tip isteric, anxios, obsesiv-compulsiv sau paranoic.

  - *include:*
    - *simptome neurastenice* – cefalee, ameţeli, astenie, fatigabilitate, deficit uşor mnestico-prosexic, labilitate afectivă şi anxietate, fiind caracteristică *reacţia catastrofică* descrisă de GOLDSTEIN, care constă în paroxisme anxioase de mare intensitate care:

- ♦ asociază manifestări vegetative şi dezinhibiţie comportamentală cu manifestări clastice şi pe fondul îngustării câmpului conştiinţei;
- ♦ este declanşată de stimuli minori, precum sunt evenimentele cotidiene banale, nesemnificative;
- ♦ are o durată de câteva zeci de secunde sau minute şi este urmată de regrete, conduite egocentrice persistente şi reacţii interpretative.

▪ *semne neurologice discrete:* tremurături, exagerarea reflexelor osteotendinoase, tulburări de acomodare vizuală, hipo- sau hiperexcitabilitate labirintică.

- apare în primele săptămâni după traumatism şi evoluează lent spre vindecare în decurs de 2 ani de zile; în 25% din cazuri se cronicizează datorită severităţii traumatismului şi trăsăturilor dezavantajante caracteriale preexistente.

- *mai sunt descrise* – în legătură cu traumatismele cranio-cerebrale:

↳ ***tulburări nevrotice*** – care:

❑ alături de fenomenologia cerebrastenică sunt cele mai frecvente complicaţii şi sunt descrise cu precădere la sexul feminin;

❑ *sunt dominate clinic de sindroamele isteric, hipocondriac, anxios şi depresiv; o formă particulară o reprezintă* ***nevroza de revendicare sau de rentă*** *– favorizată uneori de trăsăturile dizarmonice premorbide şi caracterizată de dorinţa manifestă de a obţine o compensaţie materială sau morală nemeritată în raport cu gravitatea suferinţei* secundare traumatismului cranio-cerebral: sume de bani, concedii, protecţie în mediul familial şi profesional, schimbarea locului de muncă.

↳ ***tulburări psihotice*** – de tipul psihozelor afective, schizofrenice sau cronice delirante al căror prim episod sau ale căror recăderi sunt declanşate de intervenţia agentului traumatic, chiar dacă uneori faptul poate fi o simplă coincidenţă.

- ***diagnosticul pozitiv:***

↳ este relativ uşor:

❑ pentru tulburările psihice în cazul cărora se poate stabili o legătură cauzală cu un traumatism cranio-cerebral;

❑ pentru manifestările care apar precoce.

↳ *este mult mai dificil în cazul traumatismelor uşoare* – cel mai adesea la copii – *care nu sunt comunicate* şi de asemenea *în unele tablouri clinice care au ca substrat compresia cerebrală de tipul hematoamelor subdurale subacute sau cronice;*

↳ trebuie să apeleze la o anamneză corectă, la examenul clinic psihiatric, la cel psihometric şi neurologic precum şi la un examen somatic care să evidenţieze eventuale leziuni la nivelul altor organe.

- ***diagnosticul diferenţial:***

↳ se face pentru fiecare formă clinică cu toate tablourile psihopatologice nevrotiforme de intensitate psihotică sau deteriorative precum şi cu tipurile de tulburări de personalitate amintite aflate în faze de decompensare, în cazul cărora anamneza şi examenul clinico-psihometric nu pledează pentru o etiologie traumatică cerebrală;

↳ utilizează curent radiografiile craniene fără substanţă de contrast, computertomografia cerebrală, examenul electroencefalografic alături de testele psihometrice.

- ***evoluţia şi prognosticul:***

↳ *sunt influenţate de faptul că majoritatea traumatismelor cranio-cerebrale nu ajung în serviciile medicale iar la copil există posibilitatea unor viraje rapide înspre bine sau rău datorită labilităţii sistemelor homeostazice;*

↳ elementul de care depind cvasiconstant diversele variante evolutive este severitatea modificărilor morfoanatomice şi fiziopatologice cerebrale posttraumatice;

↳ *factorii de prognostic negativ* sunt:

- durata prelungită a tulburării de conştiinţă – mai mult de câteva ore;
- persistenţa tulburărilor mnestice;
- gravitatea semnelor clinice iniţiale, inclusiv a celor de focar;
- preexistenţa unor tulburări metabolice sau vasculare determinate de toxicomanii sau de boli sistemice cu evoluţie prelungită;
- trăsături de personalitate premorbidă de tip dominant introvert;
- evoluţia subclinică, latentă a unei tulburări psihotice schizofrenice sau afective care devine manifestă după traumatism.

↳ *factorii de prognostic pozitiv* sunt:

- intervenţia terapeutică precoce;
- trăsăturile de personalitate premorbidă de tip dominant extrovert;
- starea de sănătate fizică bună a subiectului;
- atitudinea empatic-suportivă a anturajului familial şi social.

↳ recuperarea psihică se desfăşoară – spontan sau asistat – cel mai intens în primele 6 luni după traumatismul cranio-cerebral iar după un an de zile ritmul achiziţiilor stagnează.

- ***atitudinea terapeutică:***

↳ *în fazele acute – imediat după traumatism:*

- *implică spitalizarea obligatorie în decurs de 48 de ore;*
- administrarea de psihotrope în doze mici pentru terapia tulburărilor de conştiinţă şi a agitaţiei psihomotorii: HALOPERIDOL, TIORIDAZIN, CLORDELAZIN, alături de benzodiazepine: NAPOTON, OXAZEPAM, HELEX;

- asocierea vitaminelor din grupa B şi a psihotonelor metabolice: LECITINĂ, ENCEPHABOL, PIRACETAM şi – în funcţie de situaţie – a vasodilatatoarelor: PAPAVERINĂ, SANTAMIN care se adresează şi deficitului mnestic.

- *în fazele sechelare* – este deosebit de importantă asigurarea unei ambianţe care să faciliteze:
  - îngrijirea şi recuperarea motorie prin: fizioterapie, gimnastică medicală, ergoterapie;
  - terapia medicamentoasă a paroxismelor comiţiale, a tulburărilor de comportament şi a fenomenologiei depresive şi anxioase asociate, precum şi a celei bradipsihice – cu:
    - anticonvulsivante: CARBAMAZEPIN, SĂRURI DE ACID VALPROIC;
    - neuroleptice: NEULEPTIL, LEVOMEPROMAZIN;
    - antidepresive: MIANSERIN, LUDIOMIL, FLUOXETIN, FEVARIN, EFECTIN şi preparate psihotone.
  - *tehnici psihoterapeutice individuale şi de grup familial de tip suportiv;*
  - *programe socioterapeutice* de reabilitare socio-profesională *care să vizeze refacerea aptitudinilor relaţionale şi chiar reorientarea profesională alături de refacerea paletei valorilor existenţiale personale.*

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN ARTERIOSCLEROZA CEREBRALĂ

- termenul de ***arterioscleroză*** defineşte *o arteriopatie cronică caracterizată prin îngroşarea, îndurarea şi sclerozarea pereţilor arteriali;*

- *arterioscleroza cerebrală:*

- *corespunde localizării omonime a aterosclerozei – boală metabolică ce afectează sistemul circulator arterial în ansamblu;*

- afectează atât arterele mari de la baza creierului cât şi arterele mici intracerebrale, fapt ce explică tablourile demenţiale aterosclerotice care au ca substrat leziunile difuze.

- ***anatomopatologic****:*

- *modificările iniţiale sunt funcţionale şi se manifestă prin arterioloconstricţii tranzitorii urmate de vasodilataţie paralitică cu apariţia unor zone de edem cerebral şi a leziunilor anoxice neuronale*, care explică tulburările tranzitorii de conştiinţă;

- agravarea procesului arteriolosclerotic prin contribuţia coalizată a trei factori – ateromatoza, hipertensiunea arterială şi vârsta – determină zone de necroză cerebrală mai mult sau mai puţin întinse, care reprezintă substratul morfologic al demenţei "multiinfarct";

- leziunile peretelui vascular şi cele parenchimatoase pot coexista sau nu la nivel cerebral, diagnosticul anatomopatologic confirmându-l pe cel clinic doar în prezenţa ultimelor.

- ***etiologia aterosclerozei*** *este multifactorială şi include*:

- factori eredo-constituţionali – familiile de vasculari;

- apartenenţa la sexul feminin, care este protejat hormonal până la menopauză, ulterior riscul fiind acelaşi ca pentru sexul masculin;
- vârsta – poate explica apariţia mai tardivă a manifestărilor clinice, deşi această observaţie tinde să fie astăzi uneori infirmată;
- hipertensiunea arterială;
- hipotiroidismul;
- bolile care evoluează cu dislipidemie: hipercolesterolemia şi hiperlipidemia esenţială, obezitatea şi diabetul;
- regimul alimentar dezechilibrat;
- un regim de viaţă care asociază suprasolicitarea nervoasă şi sedentarismul;
- un factor local vascular – încă neconfirmat – care ar pregăti debutul procesului aterosclerotic.

- ***clinic:***

- ***în faza de debut*** – *este descris un tablou neurasteniform* care are drept particularităţi debutul după vârsta de 45 de ani, scăderea randamentului intelectual, scăderea autocontrolului cu dezinhibiţie instinctuală, preocupările hipocondriace şi simptome neurologice precum tremorul fin al mâinilor, exagerarea reflexelor osteotendinoase şi diminuarea reflexului pupilar.
- ***în faza de stare*** – după câţiva ani de evoluţie, sunt descrise:
  - ***deteriorarea funcţiilor cognitive*** *devine constantă* cu afectarea marcată a activismului şi a capacităţilor comunicative care se limitează la stereotipii şi răspunsuri scurte, aprobative;
  - ***episoade psihopatologice de tip:***
    - *confuziv oniric* – apar vesperal sau postnictal;
    - *depresiv* cu:
      - anxietate şi idei delirante micromanice ce devin tot mai absurde ca şi conţinut pe măsura progresivităţii fenomenelor deteriorative;
      - tentative suicidare favorizate uneori de interferenţele confuzive.
    - *maniacal* – cu simptomatologie mai grosieră în cadrul căreia pot apărea şi idei delirante nesistematizate interpretative sau cu conţinut fantastic, alături de manifestări coleroase persistente care favorizează accidente letale, ca urmare a agitaţiei extreme;
    - *paranoid sau delirant-halucinator*, descris clasic de autorii francezi ce apare după vârsta de 60 de ani şi include:
      - halucinaţii auditive persistente şi uneori şi halucinaţii olfactive şi viscerale;
      - idei delirante de prejudiciu, urmărire dar şi de autoacuzare şi chiar fenomene de automatism mintal, dar strâns legate de contextul existenţial concret al subiectului.
    - *pseudodemenţial* – în sensul unei asocieri de tulburări de conştiinţă şi deteriorative care au o evoluţie tranzitorie, fiind expresia acutizării insuficienţei circulatorii cerebrale.
  - ***crizele epileptiforme*** – cel mai frecvent în contextul fenomenelor confuzive.

- ***în faza finală*** este descrisă ***demenţa aterosclerotică*** care:
  - presupune permanentizarea unui deficit ireversibil şi inegal al funcţiilor psihice;
  - poartă şi denumirea de ***demenţă lacunară*** *datorită păstrării îndelungate a nucleului personalităţii şi conservării conştiinţei bolii, trăirilor afective elaborate şi a raportării la normele de convieţuire comunitară;*
  - după debutul neurasteniform şi manifestările din faza de stare devin evidente:
    - amneziile şi dezorientarea temporală conştientizate însă de pacient;
    - iritabilitatea şi pseudoincontinenţa emotivă cu izbucniri coleroase;
    - deficitul motivaţional şi scăderea marcată a randamentului activ;
    - *asocierea constantă a modificărilor somatice = gerotipul = subiecţii arată mult mai în vârstă decât sunt în realitate;*
    - semne de focar neurologic secundare accidentelor vasculare;
    - *sindromul pseudobulbar aterosclerotic.*
  - evolutiv – *după 5-10 ani pacientul trece în stadiul de gatism*, nu se mai poate îngriji deloc, devine caşectic şi poate deceda prin infecţii intercurente sau ictusuri apoplectice.

- ***diagnosticul pozitiv*** *– este confirmat clinic, anamnestic şi paraclinic prin*:
  - fenomene neurastenice persistente însoţite de deficit cognitiv progresiv, confirmat şi psihometric;
  - manifestări aterosclerotice ale aortei şi vaselor periferice;
  - semne clinice şi paraclinice de arterioscleroză coronariană şi afectare renală;
  - prezenţa accidentelor vasculare cerebrale majore;
  - prezenţa reflexelor patologice MARINESCU-RADOVICI şi TOULOUSE;
  - *creşterea semnificativă şi persistenţa colesterolului, lipidelor totale şi beta-lipoproteinelor, a trigliceridelor şi scăderea fosfolipidelor serice;*
  - *semnul SALUS-GUNN prezent*, degenerescenţa maculară *la examenul fundului de ochi* şi deficit al funcţiei optice, mergând până la cecitate.

- ***diagnosticul diferenţial:***
  - se face cu:
    - hipertensiunea arterială, frecvent însă ele evoluând asociat;
    - recăderile tardive ale psihozelor afective bipolare şi celor schizofrenice;
    - melancolia de involuţie;
    - demenţa paralitică – o raritate astăzi;
    - demenţa senilă – în forma ei alzheimerizată;
    - demenţele toxice, epileptice şi traumatice.
  - beneficiază de particularităţile clinice ale arteriosclerozei cerebrale şi de sindromul biologic specific.

- ***atitudinea terapeutică*** – include:

  - *tratamentul bolii de bază – ateroscleroza, cu măsuri profilactice complexe* vizând armonia regimului de activitate şi de odihnă şi evitarea abuzului de toxice, îndeosebi la persoanele care provin din familii cu dereglări ale metabolismului lipidic;

  - *tratamentul psihiatric simptomatic care* are o serie de particularităţi derivate din cele ale terenului lezional specific, şi anume – *trebuie să ţină seama de faptul că la vârstnic:*

    - *atât efectele utile ale medicaţiei psihotrope cât şi cele adverse apar mai rapid şi sunt mai intense, iar pe de altă parte diminuă mai încet faţă de vârstele mai tinere;*
    - *în genere psihotropele pot accentua procesul de îmbătrânire prin scăderea neurotransmiterii colinergice cerebrale*, pot produce suprasedare, stări confuzive, efecte extrapiramidale, tulburări senzoriale, de vorbire şi mers, manifestări *convulsive sau pot avea efecte paradoxale* – opuse celor farmacologice cunoscute;
    - *există posibilitatea unor interacţiuni cu medicaţia administrată pentru afecţiuni asociate* şi care impun tratament concomitent: hipertensiunea arterială, insuficienţa cardiacă, diabet zaharat, boli reumatice sau digestive;
    - poate apela la aceeaşi diversitate de preparate care se utilizează la vârste mai tinere, al căror *doză iniţială nu trebuie să depăşească 1/4 până la 1/2 din doza adultului şi este crescută progresiv până la obţinerea efectului terapeutic optim* sau până la apariţia unor efecte secundare intolerabile;
    - sunt de preferat neurolepticele cu efecte intermediare, antidepresivele tetraciclice şi cele inhibitoare ale recaptării serotoninei, anxioliticele cu efecte sedative şi risc de dependenţă scăzute, psihotonele şi vasodilatatoarele.

TULBURĂRILE PSIHICE DIN BOALA HIPERTENSIVĂ

- *hipertensiunea arterială esenţială* este – alături de arterioscleroză – principala cauză de morbiditate şi mortalitate peste vârsta de 50 de ani;

- ***hipertensiunea poate constitui faza incipientă a arteriosclerozei*** iar aceasta din urmă apare ca şi o complicaţie obligatorie în stadiile II şi III ale bolii hipertonice;

- ***etiologic*** sunt implicaţi:

  - *factori ereditari* – sunt bine cunoscute *familiile de hipertensivi*;
  - *factori psihologici – trăsături de personalitate de tip anxios şi obsesiv-compulsiv;*
  - *factori de mediu – stresul cotidian şi cel profesional* – mai ales atunci când opţiunea profesională nu corespunde aptitudinilor individuale sau în profesiile care solicită un intens efort intelectual, regimul de viaţă şi alimentaţie neechilibrat, obezitatea, sedentarismul şi consumul abuziv de toxice;

- în toate fazele evolutive ale bolii sunt descrise tulburări psihice după cum urmează:

  - ***în stadiul I:***

    - ***simptome neurasteniforme*** însoţite de oscilaţii tensionale frecvente;

- sunt dominante:
    - cefaleea sub forma unor crize migrenoase, însoţită de ameţeli;
    - scăderea randamentului intelectual;
    - tulburările senzoriale – fotoame, fosfene, acoasme şi foneme.

↳ ***în stadiul II –*** sunt descrise ***episoade psihotice cu aspect clinic polimorf şi evoluţie tranzitorie*** care includ:

- ***stări depresive*** *cu durată de 2-3 săptămâni şi tendinţă la recidivă*, caracterizate prin idei delirante de autoacuzare, umilire, hipocondriace şi uneori de relaţie şi persecuţie care asociază halucinaţii vizuale şi auditive şi intermitent alterări ale stării de conştienţă pe fondul timic depresiv-anxios;
- ***stări confuzive de tip oneiroid sau crepuscular*** *cu debut şi sfârşit brusc* care asociază simptome neurologice – dizartrie, cecitate, surditate, afazii, hiper- sau hipoestezii şi hemiplegii;
- ***stări de pseudoincontinenţă afectivă*** cu treceri bruşte de la disforie la euforie uşoară cu tendinţă la calambururi asemănătoare "moriei" din tumorile frontale.

↳ ***în stadiul III*** *– de visceralizare tabloul clinic seamănă cu cel din paralizia generală progresivă şi coalizează:*

- deficitul cognitiv cu scăderea marcată a randamentului intelectual, a curiozităţii, simţului critic şi a conştiinţei bolii, *conturându-se uneori un tablou de tip* KORSAKOV, *în cadrul căruia tulburările mnestice sunt mult mai intense decât în ateroscleroza cerebrală şi evoluează în raport cu oscilaţiile tensiunii arteriale*;
- dispoziţie euforică şi idei megalomanice de mărire, putere şi bogăţie nesistematizate;
- simptome neurologice precum afazii, pareze şi uneori crize epileptiformе.

- ***diagnosticul pozitiv:***

- *impune stabilirea corespondenţei dintre tulburările psihopatologice descrise şi boala hipertonică, cvasiconstant asociată cu ateroscleroza;*
- *apelează la examinări paraclinice* care să permită stabilirea stadiului evolutiv – examenul fundului de ochi, electroencefalograma, electrocardiograma, sumar de urină, clearance urinar, uree.

- ***diagnosticul diferenţial*** – se face ţinând cont de caracterul tranzitoriu şi dependent de oscilaţiile tensionale al simptomatologiei precum şi de interferenţele confuzive cu:

- episoade psihopatologice asemănătoare din ateroscleroză – în care tulburările psihice sunt mai stabile şi urmate de fenomene deficitare ireversibile;
- nevrozele propriu-zise;
- psihozele afective periodice;
- epilepsia;
- boli oftalmologice sau ORL.

- ***atitudinea terapeutică***:

↳ *apelează la medicaţie hipotensoare* în urgenţele hipertensive *un preparat de elecţie fiind sulfatul de magneziu, administrat parenteral intravenos dizolvat în soluţie de glucoză 33% ;*

- se evită pe cât posibil administrarea preparatelor reserpinice care au efecte depresogene mai ales în episoadele depresive apărute pe fond hipertensiv;
- se utilizează:
  - neuroleptice: HALOPERIDOL, TIORIDAZIN, LEVOMEPROMAZIN – cu prudenţă şi în doze mai mici decât cele uzuale, pentru a evita căderile tensionale şi stările confuzionale, mai ales în stadiul III al bolii hipertonice;
  - mai utile şi cu minime efecte adverse – dar tot în doze înjumătăţite – pot fi neurolepticele moderne: ZYPREXA, RISPOLEPT, SEROQUEL, ZELDOX, ABILIFY.
  - antidepresive triciclice: AMITRIPTILIN sau tetraciclice: MIANSERIN, care nu au efecte anxiogene;
  - preparate anxiolitice: HIDROXIZIN, NAPOTON;
  - psihotone şi roborante cerebrale.

URGENŢELE PSIHIATRICE

- ***reprezintă totalitatea manifestărilor psihopatologice care instalate în cele mai variate condiţii:***

  - *întrunesc caracteristicile unui pericol iminent, uneori vital* faţă de integritatea psihologică şi somatică a persoanei şi/sau a colectivităţii;
  - *necesită o evaluare corectă şi o intervenţie terapeutică imediată;*
  - *trebuie să fie cunoscute şi recunoscute nu doar de psihiatri ci şi de medicii şi personalul medical aparţinând tuturor specialităţilor;*
  - *impun existenţa unor condiţii de asistenţă speciale în centre de intervenţie în criză sau în unităţi amenajate în cadrul spitalelor psihiatrice sau a celor generale.*

- includ:

Suicidul:

- ***cel mai dramatic aspect al atitudinii faţă de sine a fiinţei umane*** care a fost etichetat de către stoici ca gest final al omului liber şi considerat păcat suprem de către biserică;
- *are explicaţii multiple de la cele genetice* care îl motivează prin intermediul depresiilor predominant endogene *până le cele morale* conform cărora autosuprimarea este expresia redirijării agresivităţii spre propria persoană deoarece manifestarea ei asupra cauzelor exterioare este interzisă de normele etice;
- ***semnificaţiile actului suicidar precum şi mijloacele folosite au de asemenea variate semnificaţii*** – astfel suicidul poate fi:
  - *un gest de fugă* din faţa unor situaţii aparent insurmontabile legate de starea de sănătate sau de particularităţile statutului socio-profesional;
  - *un act de şantaj* prin care se încearcă manipularea anturajului;
  - *expresia unei autoculpabilizări întemeiate* corespunzător unor erori sau greşeli personale recente sau repetate;
  - *expresia unui narcisism dezamăgit* în sensul că individul este pur şi simplu deziluzionat de situaţia sa prezentă care indiferent din ce punct de vedere ar fi abordată s-a îndepărtat definitiv de expectaţiile şi idealurile sale;
  - *manifestare* regretată ulterior – în cazul nereuşitei – *a unei impulsivităţi structurale personale;*
  - *expresia dramatică a unui model cultural* – artişti celebri, opere literare;
  - *rezultatul unui raţionament logic extrapolat "filozofic" în expresia "de ce nu acum?".*
- ***sinuciderea:***
  - *prin spânzurare* exprimă tendinţa de autoumilire;
  - *prin înec* compensează o senzaţie somatică penibilă de arsură – la bolnavii de pelagră;
  - *mijloace "blânde"* – venesecţie, ingestie de medicamente, refuzul alimentaţiei sau îngrijirii din partea celorlalţi în caz de boală – vizează sugestionarea anturajului şi obţinerea unui avantaj printr-un joc care rămâne mereu riscant;

- *prin defenestrare sau alte mijloace şocante* poate însemna dorinţa de răzbunare asupra celor din jur care doar astfel vor fi impresionaţi şi vor regreta atitudinea de până atunci.

- ***epidemiologic:***

  - ***incidenţa suicidului reuşit variază între – mai puţin de 10/100.000 în ţările mediteraneene şi Olanda şi peste 25/100.000 în ţările europene occidentale,*** unele dintre cele estice – Ungaria – şi Japonia; în Statele Unite ale Americii numărul este cvasiconstant între 12-13/100.000, suicidul reprezentând a noua cauză de deces pe plan naţional;

  - *indiferent de zona geografică, numărul tentativelor este de 8-10 ori mai mare decât al sinuciderilor reuşite* dar statisticile nu includ aşa-numitele sinucideri "cronice" ale toxicomanilor sau ale diabeticilor, hipertensivilor sau obezilor, care nu respectă indicaţiile medicale;

  - *suicidul reuşit este de 3 ori mai frecvent la bărbaţi decât la femei* dar tentativele sunt de 4 ori mai frecvente la sexul feminin;

  - ***numărul sinuciderilor creşte cu vârsta şi relativizează semnificaţiile "crizei de la mijlocul vieţii";*** la bărbaţi frecvenţa maximă este după vârsta de 45 de ani, iar la femei după 55 de ani; prevalenţa maximă se întâlneşte la bărbaţii peste 65 de ani = 40/100.000 locuitori;

  - *în ultimul deceniu se constată o creştere continuă a frecvenţei tentativelor la persoane între 15 şi 44 de ani* şi a suicidului reuşit la bărbaţii cu vârste cuprinse între aceste limite;

  - *rasa albă este de două ori mai frecvent afectată* de comportamentul suicidar decât alte rase, suicidul fiind de asemenea mai frecvent la imigranţi în raport cu populaţiile băştinaşe;

  - apartenenţa religioasă la creştinism se dovedeşte a fi un factor protector în raport cu actul suicidar;

  - privitor la statutul familial se *constată o frecvenţă de 2 ori mai mare a sinuciderilor printre persoanele necăsătorite şi fără copii*; rata suicidului este crescută, de asemenea, în familiile cu antecedente de aceeaşi factură în cadrul cărora se descrie aşa-numitul *suicid "aniversar" care are loc în ziua omonimă a săptămânii cu actul precedent*;

  - *rata suicidului este mult mai scăzută la persoanele cu un statut profesional corespunzător* în raport cu cei neangajaţi şi a crescut întotdeauna în perioadele de recesiune economică; ***există profesii cu risc suicidar crescut*** – *muzicieni, persoane care activează în domeniul juridic, în administraţie, în cercetare şi medici* – cu precădere: oftalmologi, psihiatrii, anestezişti şi stomatologi, deşi datele recente indică o uniformizare a frecvenţei suicidului la personalul medical;

  - în raport cu anotimpul *cele mai frecvente tentative au loc* – contrar mentalităţii colective – *în perioada caldă a anului, dintre lunile aprilie şi septembrie.*

- ***etiologic*** sunt implicaţi:

  - *factori genetico-familiali:*

    - este confirmat riscul suicidar mărit de 4-8 ori la rudele de gradul întâi ale celor cu antecedente familale de suicid sau la rudele pacienţilor psihici cu comportament suicidar;

- intervin şi prin contribuţia etiopatogenetică în psihozele afective bipolare de tip I, schizofrenii şi alcoolismul maladiv dar şi *printr-un posibil factor genetic al impulsivităţii legat de perturbările metabolismului serotoninei.*

- *factori biochimici* – scăderea activităţii sistemului serotoninergic cerebral, disfuncţionalităţi ale metabolismului neurohormonilor hipofizari, a celor tiroidieni şi a monoaminooxidazei cerebrale;

- *factorii demografici şi cei socio-culturali* descrişi;

- *trăsături accentuate sau dizarmonice de personalitate* de tip narcisic, histeric, antisocial, borderline, anxios şi afectiv-depresiv sau ciclotim;

- *boli neurologice, endocrine, urogenitale, neoplasme, toxicomanii şi algii cronice* care asociază un disconfort afectiv persistent şi favorizează reacţii afectiv-comportamentale de o gravitate particulară prin contextul desfăşurării şi consecinţele lor;

- *episoade şi boli psihice – care pot explica peste 90% din sinucideri şi tentativele suicidare* în următoarele procente aproximative – tulburările depresive 80%, schizofreniile şi tulburările schizofreniforme 10%, sindroamele psihoorganice acute şi cele cronice, inclusiv demenţele 5%; în toate aceste situaţii consumul abuziv conjunctural sau de tip toxicomanic de alcool sau droguri are un rol favorizant de primă importanţă;

- ***riscul suicidar maxim este descris în legătură cu:***

  - *depresiile delirante;*

  - *subiecţi cu deteriorări cognitive şi suprasolicitări psihice intense* în vârstă de peste 30 de ani;

  - *cei care au prezentat tentative asemănătoare*, îndeosebi în cele 3 luni anterioare;

  - *pacienţii psihiatrici la care frecvenţa suicidului este de 3-12 ori mai mare decât în populaţia generală* – şi anume de până la 10 ori mai mare la cei internaţi – mai ales în prima săptămână după internare şi de până la 4 ori mai mare la cei trataţi în ambulator;

  - *perioada zilei cuprinsă între orele 6 dimineaţa şi 6 seara.*

- evenimentele de viaţă negative şi abuzul de alcool pot deveni adeseori factorii declanşatori ai actului suicidar;

- *metodele folosite:*

  - *diferă în funcţie de caracterul elaborat sau impulsiv al sinuciderii* dar în general bărbaţii apelează la spânzurare, împuşcare sau defenestrare iar femeile la autointoxicaţia cu medicamente sau diverse substanţe toxice;

  - *pot fi precedate sau nu de modificări de tip presuicidar ale comportamentului şi ciclurilor circadiene individuale* precum – renunţarea la vechi obiceiuri sau ritualuri personale, schimbarea totală a atitudinii faţă de persoanele cunoscute, stări de reverie prelungite, hiperimplicare sau dimpotrivă – izolare socială, donaţii nemotivate, insomnii rebele sau schimbarea spontană a preferinţelor alimentare.

- ***profilaxia suicidului*** impune cunoaşterea *factorilor de risc specifici*, care într-o ordine arbitrară a contribuţiei lor sunt:

- vârsta peste 45 de ani;

- apartenenţa la sexul masculin;
- structurarea dizarmonică a personalităţii;
- prezenţa unor boli somatice sau psihice şi a comportamentului toxicofilic;
- absenţa sau disfuncţionalitatea statutului marital – familial şi profesional;
- condiţii de izolare socială sau deficienţe persistente în relaţiile interpersonale;
- confirmarea existenţei unor tentative anterioare sau a unor internări în secţii psihiatrice;
- psihotraume recente.

- ***atitudinea terapeutică*** – presupune:

- evaluare complexă anamnestică şi heteroanamnestică, clinică şi paraclinică a subiectului – inclusiv prin examinări toxicologice – şi vizează cu precădere tentativele nereuşite;
- asocierea unor psihoterapii scurte suportive poate facilita relaţia terapeutică şi evidenţierea factorilor de risc implicaţi;
- *decizia internării subiectului este obligatorie atunci când riscul vital persistă şi este luată cu participarea aparţinătorilor;*
- subiectul odată internat trebuie să se afle sub supraveghere de specialitate 24 de ore din 24 pentru a preveni repetarea actului care este posibilă atât la debutul internării, când intensitatea ideaţiei depresive este maximă cât şi anterior externării, când refacerea tonusului fizic poate facilita comiterea unei noi tentative aparent paradoxală;
- *cunoaşterea factorilor de risc de natură personală sau ambientală permite iniţierea unui program terapeutic şi reabilitativ care:*
  - *să includă metode chimio- şi psihoterapeutice* şi să asocieze intervenţia responsabilă a familiei sau/şi a reţelei de asistenţă psihiatrică comunitară;
  - *să vizeze amânarea planurilor de autosuprimare* şi substituirea lor treptată cu motivaţii afective sau/şi spirituale noi care să permită creşterea stimei de sine şi o raportare cât mai optimistă la realitatea ambientală.

- *alte urgenţe specific psihiatrice sunt:*
  - ***Homicidul:***
    - *care poate fi* ***nepremeditat*** – în majoritatea covârşitoare a situaţiilor – *sau* ***premeditat*** *când impune obligatoriu de la început o abordare medico-legală;*
    - este descris – în peste 50% din cazuri în zilele de la sfârşitul săptămânii, după ora 8 seara;
    - locul desfăşurării actului este cel mai frecvent domiciliul victimei sau al autorului crimei, destul de des aceştia fiind persoane care se cunosc sau chiar membrii ai aceleiaşi familii;
    - bărbaţii sunt de 5 ori mai frecvent implicaţi în tentative de homicid decât femeile, dar în ultimii ani raportul tinde să scadă;
    - *are ca principali factori de risc:*
      - trăsăturile de personalitate de tip antisocial şi antecedentele de comportament agresiv;

- prezenţa unor tulburări psihotice, îndeosebi de tip paranoid sau paranoic;
- prezenţa antecedentelor toxicofilice etilice sau de altă natură;
- psihotraume sau stări conflictuale în rolurile familiale sau sociale;
- profesii în cadrul cărora se manipulează diverse tipuri de arme.

❑ *impune întotdeauna expertiza medico-legală psihiatrică şi măsuri punitive exemplare faţă de autorul crimei sau al tentativei.*

➥ ***Stările acute de agitaţie psihomotorie:***

❑ ***pot avea o etiologie variată care implică în mod izolat sau asociat factori de natură organică, toxică, endogenă şi psiho-socială;***

❑ *includ prin urmare şi diversele tipuri de reacţii psihopatologice, precum şi recăderile cu manifestări zgomotoase ale psihozelor predominant endogene;*

❑ *sunt favorizate de:*

- abuzul de toxice sau dimpotrivă de abstinenţă impusă sau conjuncturală;
- abuzurile şi psihotraumele trăite în copilărie;
- dizarmonia structurii caracteriale;
- decompensările unor boli somatice.

❑ *sunt însoţite întotdeauna de tulburări de conştiinţă* – îngustarea câmpului conştiinţei, depersonalizare, derealizare – *şi de afectivitate* – tristeţe, anxietate, ambivalenţă sau inversiune afectivă care trebuiesc atent evaluate;

❑ *trebuiesc examinate şi tratate în condiţii particulare în servicii de urgenţă* dotate corespunzător;

❑ *principalele repere ale intervenţiei terapeutice vizează:*

- protecţia terapeutului şi a membrilor echipei sale;
- evitarea autovătămării sau autosuprimării incidentale a subiectului;
- prevenirea manifestărilor heteroagresive prin:
  - afişarea unei atitudini care să îmbine deschiderea spre dialog, calmul şi fermitatea;
  - ofertă chimioterapeutică;
  - imobilizarea forţată a pacientului dar cu observarea stării lui somatice şi supravegherea funcţiilor vitale.

❑ beneficiază – în condiţiile descrise de:

- administrarea parenterală – intramuscular sau intravenos – a unei combinaţii de neuroleptice şi benzodiazepine: HALOPERIDOL+DIAZEPAM sau LORAZEPAM, FENOBARBITALUL administrat intramuscular fiind de asemenea util; se pot asocia CARBAMAZEPIN, PROPRANOLOL şi BUSPIRON;
- tratament cu neuroleptice incisive atunci când fenomenologia anxios-agitată aparţine unui episod psihotic predominant endogen.

- ***Actele de violenţă intrafamilială:***

  - ***au drept victime în majoritatea cazurilor femeile*** fiind cunoscut faptul că peste 50% din crimele care au drept victime femeile căsătorite au ca autori pe soţii acestora;

  - *sunt favorizate de disfuncţionalitatea persistentă a relaţiilor conjugale şi de consumul de alcool;*

  - favorizează la rândul lor, în cazul victimelor, tulburări anxioase, depresive şi chiar preocupări autolitice şi produc uneori traumatisme cranio-cerebrale cu consecinţe imprevizibile în timp, deşi în multe cazuri contuziile sunt localizate "intenţionat" în zonele corporale neexpuse vederii;

  - impun măsuri de intervenţie care să ţină cont de particularităţile raporturilor şi rolurilor intrafamiliale care trebuie să vizeze uneori şi protecţia în timp a victimei sau asigurarea condiţiilor necesare separării definitive de agresor.

- ***Abuzurile fizice, sexuale sau morale asupra copiilor:***

  - ***sunt expresia disfuncţionalităţii vieţii familiale şi a trăsăturilor dizarmonice ale personalităţii părinţilor;***

  - *sunt raportate doar într-o proporţie de 5% şi sunt adeseori descoperite accidental* cu ocazia unor consulturi medicale pentru simptome nespecifice;

  - discreţia victimelor – care se tem de repercursiuni – şi aceea a părinţilor sau rudelor agresoare se reflectă şi în atitudinea terapeutică care trebuie să:

    - abordeze separat victima şi agresorul;
    - evalueze corect situaţia intrafamilială;
    - evite acuzaţiile directe;
    - asigure separarea copilului de agresor sau abordarea lor psiho-socioterapeutică îndelungată în centre speciale.

- ***Violurile:***

  - ***reprezintă încercările forţate de a întreţine relaţii sexuale cu un partener de sex opus sau de acelaşi sex, în cursul cărora se pot produce vătămări corporale de gravitate variabilă şi chiar decesul victimei;***

  - *din motive variate 90% dintre ele rămân neraportate*, printre ele situându-se complicatele proceduri medicale şi juridice ulterioare şi acuzaţia de provocare sau încurajare a agresorului de către potenţiala victimă;

  - *evaluarea victimei trebuie să includă şi examenul somatic şi cel ginecologic* inclusiv din punctul de vedere al prevenţiei sarcinii;

  - *psihopatologic victima trece printr-o fază acută imediată*, dominată de anxietate, fobii, tristeţe cu autoculpabilizare, suspiciozitate, stări de depersonalizare şi derealizare şi *una tardivă* – după un interval liber – dominată de simptome de stres posttraumatic, perturbarea accentuată a randamentului în roluri, atitudini de tip dependent sau de izolare socială;

- *terapeutic* – subiectul trebuie să beneficieze de:
  - psihoterapii individuale suportive şi cognitive în cursul cărora să fie avertizat asupra particularităţilor evoluţiei stării sale şi să nu fie solicitat să descrie evenimentul traumatizant;
  - psihoterapia cuplului conjugal are uneori o importanţă deosebită;
  - chimioterapie anxiolitică şi uneori normotimizantă.

- ***Stările de intoxicaţie sau de sevraj legate de substanţele psihotrope***:
  - *sunt frecvent întâlnite în serviciile de urgenţă;*
  - *sunt apanajul abuzului accidental sau de tip toxicomanic de alcool, droguri, medicaţie psihoactivă* sau *se datoresc unei reactivităţi individuale particulare la medicaţia neuroleptică, respectiv supradozării acesteia;*
  - ***clinic pot apare episoade confuzive, depresive, psihotice discordante, însoţite de stări de stupor sau agitaţie psihomotorie, precum şi fenomene de tip extrapiramidal;***
  - sunt obligatorii examenul clinic, date anamnestice şi heteroanamnestice complexe şi determinări de laborator;
  - *impun o intervenţie imediată* cu:
    - lavaj gastric, administrare de substanţe antidot – inclusiv de preparate antiparkinsoniene – şi asistarea funcţiilor vitale în serviciul de urgenţă;
    - supraveghere de minimum 48 de ore şi/sau internare atunci când starea somatică, fenomenologia psihopatologică şi deficienţele suportului social al subiectului impun aceasta;
    - tratament chimio- şi psihoterapeutic prelungit atunci când este confirmată contribuţia unei psihoze sau a unui tablou de tip toxicomanic.

- ***Apelurile telefonice la serviciile de urgenţă:***
  - ***pot avea semnificaţii diferite*** *– de la exprimarea unei stări de disconfort sau a unui conflict interpersonal trecător până la mascarea unei simptomatologii psihotice sau a unor tendinţe agresive latente;*
  - de obicei reprezintă o modalitate de invocare a unui ajutor calificat din partea unor subiecţi care, din diferite motive, nu pot sau nu vor să vină în contact direct cu terapeutul;
  - *impun o atitudine particulară din partea membrilor echipei de intervenţie în criză* care trebuie să încerce:
    - iniţierea unui dialog edificator pentru stabilirea identităţii, pentru starea psihică şi intenţiile solicitantului;
    - aducerea persoanei solicitante în incinta serviciului de urgenţă sau cel puţin identificarea postului telefonic utilizat atunci când apelul pare motivat de decompensări psihopatologice ce impun intervenţie imediată sau perturbă în mod semnificativ anturajul;
    - înregistrarea apelurilor telefonice "cronicizate" şi a adreselor corespunzătoare pentru a nu perturba activitatea serviciului de urgenţă.

- *indiferent de natura lor, urgenţele psihiatrice se pot asocia cu alte tipuri de urgenţe medicale sau chirurgicale şi necesită o intervenţie terapeutică promptă şi eficace* de care depinde ulterior în mare măsură echilibrul biologic şi psihologic, precum şi integrarea în roluri a individului.

TERAPIILE PSIHIATRICE

- ***includ totalitatea modalităţilor de asistenţă a diversităţii tulburărilor psihopatologice*** condiţionate biologic, psihologic şi socio-cultural şi delimitate sub forma episoadelor şi bolilor psihice;
- ***în ansamblul lor sunt dependente de:***
  - *calitatea şi precocitatea diagnosticului;*
  - *calitatea relaţiei terapeutice.*
- ***sunt mereu dezavantajate de:***
  - relativitatea datelor asupra etiologiei tulburărilor psihopatologice sau de absenţa oricăror indicii din acest punct de vedere;
  - lipsa conştientizării sau hiperconştientizarea suferinţei psihice de către pacient;
  - deficienţele de abordare a cazului datorită aspectului dezinhibat sau stuporos al conduitei acestuia;
  - tendinţele disimulative sau suprasimulative ale pacientului;
  - mascarea sau deformarea tulburărilor psihopatologice prin acuze somatice, comportament toxicofilic sau prin consulturi şi tratamente anterioare în cadrul altor specialităţi;
  - deficienţele cantitative sau calitative ale reţelei de suport social a pacientului;
  - mentalitatea colectivă dezavantajantă în raport cu bolnavul şi boala psihică.
- ***întrunesc o serie de atribute particulare referitoare la:***
  - responsabilitatea deosebită a psihiatrului şi a colaboratorilor sau a căror intervenţie *nu vizează doar modificările psihismului ci şi reabilitarea persoanei suferinde* faţă de sine şi faţă de lume;
  - *necesitatea apelului la cele mai recente cunoştinţe medicale şi la colaborarea interdisciplinară;*
  - *continuitatea perfecţionării profesionale a psihiatrului* care trebuie să fie însă şi un om de cultură şi de largă deschidere spirituală;
  - *cultivarea mentalităţii de muncă în echipă* deoarece contribuţia psihologului, sociologului, asistentului social, ergoterapeutului sau juristului sunt decisive în asigurarea eficienţei durabile a demersului terapeutic.
- includ:
  - ***terapiile biologice:***
    - chimioterapia;
    - terapiile biologic active.
  - ***terapiile psiho-sociale:***
    - psihoterapiile;
    - socioterapiile.

- ***componentele descrise:***
  - îşi completează şi îşi potenţează reciproc acţiunea în cadrul unui program terapeutic complex şi strict individualizat;

- sunt aplicabile atât intraspitalicesc cât şi în ambulator;
- vizează în mod progresiv corectarea perturbărilor cu substrat biologic, a celor psihologice şi a celor socio-culturale şi morale aferente cazului psihiatric;
- trebuie să ignore marile doctrine psihiatrice şi să se adreseze în mod cât mai pragmatic evidenţelor clinice, nevoilor şi expectaţiilor pacientului şi ale anturajului său apropiat.

- **CHIMIOTERAPIA:**
  - *trebuie să beneficieze de:*
    - acurateţea diagnosticului;
    - definirea unor simptome sau sindroame ţintă;
    - colaborarea pacientului în cadrul consensului terapeutic şi/sau cu aparţinătorii acestuia.
  - *apelează la substanţele psihotrope:*
    - produse naturale şi sintetice care influenţează psihismul uman prin intermediul acţiunii lor asupra metabolismului neuronal şi mecanismelor sinaptice, cu preponderenţă la nivelul cortexului şi a substanţei reticulate diencefalice şi din trunchiul cerebral;
    - se impune a fi selectate în funcţie de efectele lor utile, respectiv adverse, de eventualele interacţiuni medicamentoase şi de particularităţile cazului.
  - *şi-a început istoria modernă prin sintetizarea în 1950 a primului neuroleptic* – CLORPROMAZINA;
  - *clasifică actualmente psihotropele în patru categorii principale, şi anume:*
    - *cu efect psihic:*
      - *sedativ:* psiholepticele;
      - *stabilizator:* psihoizolepticele;
      - *stimulator:* psihoanalepticele;
      - *perturbator:* psihodislepticele.

A. PSIHOLEPTICELE:

- ***categorie de psihotrope cu structură chimică polimorfă şi efect principal inhibator asupra activităţii SNC şi a psihismului în ansamblu;***
- se împart în *trei categorii:*

Medicamentele sedative si anticonvulsivante – care la rândul lor includ:

- ***sedativele fără efect hipnotic:***
  - *sunt foarte rar folosite astăzi datorită discrepanţei dintre efectele utile şi cele toxice hepatice şi renale*, fiind înlocuite de tranchilizante şi neuroleptice;
  - sunt substanţe de origine vegetală sau bromuri;
  - *cele mai cunoscute preparate* sunt: EXTRAVERAL, BERGONAL, DISTONOCALM, BROMOVAL, iar HIPNOGALUL şi PASINALUL au şi un uşor efect hipnotic datorită blândeţii acţiunii lor, fiind preferate la persoanele în vârstă.

- ***sedativele cu efect hipnotic:***

  - au ca primii predecesori alcoolul, opiul şi derivatele sale: morfina – dar *cele mai cunoscute preparate sunt sărurile acidului barbituric:* MEPROBAMAT şi GLUTHETIMID;
  - *în ultimele trei decenii utilizarea lor a scăzut mult din aceleaşi motive ca aceea a sedativelor nehipnotice, la care se adaugă potenţialul toxicomanic;*
  - ***barbituricele*** *– se subîmpart în trei categorii:*
    - după durata acţiunii:
      - scurtă: CICLOBARBITAL;
      - medie: DORMITAL;
      - prelungită: FENOBARBITAL.
    - *efectul lor clinic se bazează pe potenţarea acţiunii inhibitorii a acidului gamaaminobutiric – GABA la nivel cerebral* dar pot produce şi aritmii cardiace, depresie respiratorie şi – prin diminuarea acţiunii enzimelor hepatice – scăderea metabolizării altor medicamente;
    - supradozajul provoacă stări confuzive de diferite intensităţi, cefalee, iritabilitate, diminuarea reflexelor, ataxie, nistagmus, dar *de o gravitate particulară sunt riscul dezvoltării dependenţei şi cel letal, diferenţa dintre doza eficace şi cea toxică letală fiind minimă;*
    - *interferează cu:*
      - antidepresivele;
      - anticonvulsivantele;
      - anticoagulantele;
      - antiaritmicele;
      - antibioticele;
      - preparatele contraceptive şi imunosupresoare.
    - *sunt contraindicate la pacienţii cu*:
      - boli cardiace;
      - insuficienţe respiratorii, hepatice şi renale;
      - glaucom;
      - miastenie;
      - porfirie;
      - diabet şi la vârstnici.
    - FENOBARBITALUL se administrează per os şi intramuscular în stările de agitaţie marcată, iar DORMITALUL şi intravenos – în narcoanaliză;
    - MEPROBAMATUL şi GLUTETHIMIDUL:
      - *se folosesc ca şi barbituricele foarte rar astăzi;*
      - au aceleaşi efecte adverse ca şi barbituricele, dar mult mai intense, supradozajul putând produce şi manifestări convulsive sau şoc anafilactic.

↳ ***tranchilizantele şi neurolepticele sedative*** *– în doze mici au efect sedativ iar în doze mari efect hipnotic;*

↳ ***anticonvulsivantele*****:**

- reprezintă o categorie heterogenă de substanţe care au un efect anticonvulsivant direct sau secundar – când apare prin creşterea dozei;
- se clasifică în două subgrupe, şi anume:
  - *preparate barbiturice*:
    - FENOBARBITAL;
    - DORMITAL;
    - CICLOBARBITAL.
  - *preparate nebarbiturice:*
    - sedative: BROMOVAL;
    - benzodiazepine:
      - DIAZEPAM;
      - RIVOTRIL;
      - CARBAMAZEPIN.
    - hidantoine: FENITOIN;
    - dione:
      - PRIMIDON;
      - TREPAL.
    - succinimide:
      - SUXILEP;
      - MORFOLEP.
- ca şi indicaţii:
  - în crizele convulsive generalizate sunt utile: FENOBARBITALUL şi FENITOINUL;
  - în crizele epileptice minore se preferă SUXILEPUL şi MORFOLEPUL iar în cazurile rezistente TREPALUL;
  - CARBAMAZEPINA este singurul preparat eficace în toate formele de comiţialitate.

- în ansamblu, indicaţiile acestei prime categorii de psihotrope sunt tulburările somnului, tulburările anxioase şi diversele forme de epilepsie.

Tranchilizantele** – **psihotrope heterogene din punct de vedere chimic cu acţiune anxiolitică, sedativă, miorelaxantă şi anticonvulsivantă;

- *alcoolul, passiflora şi valeriana sunt primele tranchilizante naturale cunoscute;*
- *preparatele sintetice sunt reprezentate prin:*
  - barbiturice – puţin folosite astăzi;
  - produse non-benzodiazepinice:
    - MEPROBAMAT;
    - HIDROXIZIN;
    - PROPRANOLOL.
  - produse benzodiazepinice:
    - NAPOTON;
    - DIAZEPAM;
    - TRANXENE;
    - OXAZEPAM;
    - LORIVANE;
    - XANAX = ALPRAZOLAM;
    - HALCION;
    - RIVOTRIL care acţionează ca sedative şi anxiolitice în doze mici respectiv ca hipnotice în doze mari.
- *farmacodinamic:*
  - *cresc activitatea GABA cerebral iar ALPRAZOLAMUL scade şi metabolismul noradrenergic cerebral;*
  - recent au fost descoperiţi două categorii de receptori benzodiazepinici implicaţi în funcţiile hipnice, cognitive şi în coordonarea motricităţii;
  - sunt absorbite integral în tubul digestiv iar repetarea administrării determină dublarea concentraţiei;
  - *au minime efecte secundare în dozele terapeutice*:
    - somnolenţă;
    - hipomnezie de fixare – la vârstnici;
    - incoordonare motorie;
    - tulburări de dinamică sexuală;
    - enurezis;
    - hiperglicemie;
    - stări depresive;
    - confuzive;
    - icter;

- agravarea glaucomului – care pot fi combătute astăzi cu un un antagonist al receptorilor benzodiazepinici: FLUMAZENIL = ROMAZICON.

- *supradozajul produce efect depresor respirator, convulsii şi comă*, situaţiile respective beneficiind de preparatul amintit mai sus şi de măsuri de terapie intensivă;
- *pot fi asociate în cele mai variate combinaţii medicamentoase* – îndeosebi cu neurolepticele şi antidepresivele, *impunându-se precauţiuni corespunzătoare în cazul alcoolului, psihotropelor sedative, anticolinergicelor, hidantoinelor*, a căror efect îl potenţează *şi în asocierea antiacidelor* care le întârzie absorbţia;
- *indicaţiile terapeutice majore* sunt:
  - tulburările anxioase;
  - tulburări depresive – XANAXUL fiind de remarcat în această a doua situaţie;
  - fobiile sociale;
  - tulburările obsesiv-compulsive;
  - akatisie;
  - ca adjuvante în terapia psihozelor şi a sindroamelor de sevraj ale alcoolicilor şi toxicomanilor.
- LORIVANUL administrat intramuscular şi DIAZEPAMUL administrat intramuscular sau intravenos sunt utile în stările de agitaţie psihomotorie şi în sindroamele extrapiramidale de origine neuroleptică.

Neurolepticele:

- ***categorie de substanţe psihotrope cu acţiune centrală sedativă care:***
  - ***induc o stare de indiferenţă psihomotorie specifică;***
  - ***diminuează tulburările psihotice cu evoluţie acută sau persistentă;***
  - ***inhibă stările de agitaţie psihomotorie.***
- *primul preparat antipsihotic – utilizat în terapia episoadelor maniacale – a fost RESERPINA:*
  - ale cărei efecte bazate pe inhibarea presinaptică a neurotransmiţătorilor catecolaminergici au fost descrise în 1931, ea fiind utilizată începând cu anul 1953;
  - care a fost înlocuită datorită în primul rând efectelor sale depresogene intense, cu primul preparat antipsihotic antagonist al receptorilor dopaminergici – CLORPROMAZINA – sintetizat de DELAY şi DENIKER în 1952, a cărui acţiune este mult mai intensă şi mai promptă.
- *se subîmpart în două categorii majore în funcţie de efectul farmacologic:*
  - *neurolepticele clasice – antagonişti ai receptorilor D_2 dopaminergici;*
  - *neurolepticele moderne sau atipice – antagonişti ai receptorilor dopaminergici şi serotoninergici.*

a. neurolepticele clasice:

- sunt încă utilizate pe scară largă în întreaga lume, deşi efectele lor secundare neurologice, uneori ireversibile le dezavantajează tot mai mult aplicabilitatea;
- *din punct de vedere farmacologic blochează – într-un procent variabil – receptorii dopaminergici astfel încât:*
  - *efectul clinic antipsihotic apare atunci când blocajul afectează 60% dintre receptorii D_2;*
  - *efectele secundare parkinsoniene apar atunci când acest procent depăşeşte 70%;*
  - CLOZAPINA = LEPONEX este singurul preparat care ocupă în proporţie mai mică receptorii D_2 dar blochează simultan receptorii D_4 şi pe cei serotoninergici precum şi receptorii adrenergici, colinergici şi histaminergici, fenomen responsabil de efectele extracerebrale ale acestor psihotrope.
- *se clasifică:*
  - *în funcţie de structura chimică* în:
    - *fenotiazine:*
      - CLORPROMAZIN;
      - LEVOMEPROMAZIN;
      - ROMERGAN;
      - EMETIRAL;
      - TIORIDAZIN;
      - NEULEPTIL;
      - MAJEPTIL;
      - LYOGEN;
      - PIPORTIL.
    - *thioxantene:*
      - FLUANXOL;
      - NAVANE.
    - *dibenzoxazepine:* LOXITANE;
    - *dihidroindoli:* MOBAN;
    - *butirofenone:*
      - HALOPERIDOL;
      - DROPERIDOL;
      - SPIROPERIDOL (SPIPERONE) – utilizat – prin legarea de un atom radioactiv în cercetările care apelează la tomografia cu emisie de pozitroni – PET.
    - *difenilbutilpiperidine:*
      - ORAP;
      - IMAP;

- SEMAP.

- *benzamide:* SULPIRID;
- *neuroleptice cu acţiune prelungită* = neuroleptice depozit:
  - MODECATE;
  - FLUANXOL;
  - CLOPIXOL;
  - IMAP;
  - SEMAP;
  - HALDOL-DECANOAT – care se administrează intramuscular la intervale cuprinse între 1-4 săptămâni.

- *în funcţie de efectul clinic* în:
  - *neuroleptice sedative* – cu efecte secundare extrapiramidale minime şi vegetative maxime;
  - *neuroleptice medii* – cu efecte secundare mixte;
  - *neuroleptice incisive* – cu efecte secundare mixte intense;
  - *neuroleptice dezinhibitorii* – cu efecte secundare vegetative minime şi extrapiramidale maxime.
- *în funcţie de tipul caracteristic de efecte secundare – extrapiramidale sau vegetative* – figura 1.

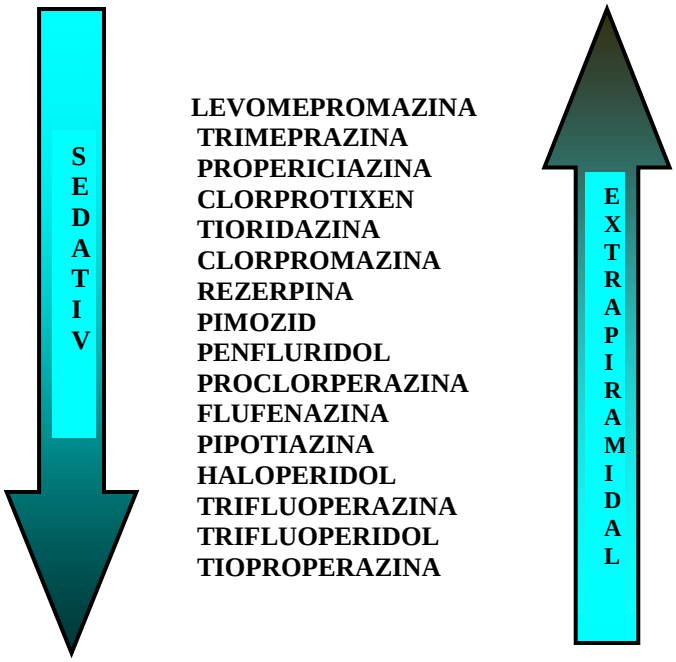

Fig. 1 – Clasificarea bipolară a neurolepticelor

- ***principalele efecte ale preparatelor descrise*** sunt de tip:
  - antipsihotic;
  - sedativ şi de potenţare a psihotropelor sedative;
  - parkinsonian – prin blocarea receptorilor dopaminergici de la nivelul nucleilor bazali;
  - antiemetizant;
  - analgetic;
  - hipotermizant;
  - de antagonizare a substanţelor psihostimulatoare;
  - hipotensiv şi de deprimare a funcţiei cardiace.
- ***efectele secundare*** pot fi:
  - ***psihice*****:**
    - apatie şi depresie – la preparatele sedative;
    - anxietate – la preparatele incisive şi dezinhibitorii;
    - tulburări de conştiinţă – de la somnolenţă la stări confuzive onirice – la preparatele sedative şi la pacienţi în vârstă.
  - ***neurologice*** – la preparatele incisive şi dezinhibitorii:
    - *de tipul sindroamelor akinetic, akinetic-hiperton, diskinetic-hiperton şi hiperkinetic-hiperton,* care include tulburări variate ale conduitei motorii – de la blocajul motor total până la tremorul generalizat şi crize de opistotonus sau epileptiforme;
    - *scăderea pragului convulsivant;*
    - *diskinezia tardivă* – complicaţie gravă şi ireversibilă a terapiei prelungite cu neuroleptice
      - explicată prin hipersensibilizarea receptorilor dopaminergici;
      - favorizată de terenul organo-lezional cerebral, administrarea prelungită de antiparkinsoniene, sexul feminin şi vârsta peste 50 de ani a pacientului.
    - *sindromul neuroleptic malign – complicaţie gravă cu potenţial letal:*
      - cu etiologie necunoscută;
      - care poate apărea în orice etapă a tratamentului cu neuroleptice;
      - se manifestă clinic printr-o fenomenologie confuzivă şi bradipsihică însoţită de: hipertermie marcată, paroxisme hipertensive, tahicardie, transpiraţii;
      - poate evolua 10-14 zile şi poate fi confundat cu manifestările psihotice propriu-zise, dar sub tratament precoce şi intensiv cu antiparkinsoniene, miorelaxante şi de reechilibrare hidroelectrolitică şi acido-bazică simptomatologia diminuă în câteva zile în majoritatea cazurilor,

mortalitatea fiind semnificativă – 20-30%, doar în cazul neurolepticelor depôt.

- *un sindrom paraclinic sever cu:*
  - *hiperleucocitoză;*
  - *creşterea creatinfosfokinazei;*
  - *creşterea enzimelor hepatice;*
  - *creşterea mioglobinei plasmatice* – cu mioglobinurie şi probe renale pozitive.

- ***somatice:***
  - cardio-vasculare:
    - prelungirea timpului de conducere atrio-ventriculară şi a perioadelor refractare;
    - tulburări de ritm care în anumite condiţii – supradozaj sau asocierea cu unele antibiotice – pot favoriza decese subite;
    - hipotensiune ortostatică.
  - endocrine:
    - galactoree;
    - amenoree;
    - impotenţă;
    - inhibiţia ejaculării – la TIORIDAZIN.
  - oftalmologice: pigmentarea retinei – care poate fi progresivă şi ireversibilă după doze de peste 800 mg TIORIDAZIN pe zi;
  - metabolice:
    - creştere ponderală;
    - glicozurie.
  - hematologice: leucopenie tranzitorie şi agranulocitoză, îndeosebi la CLORPROMAZIN, TIORIDAZIN şi CLOZAPIN;
  - dermatologice:
    - variate dermatite alergice;
    - erupţii urticariene;
    - fotosensibilitate.
  - anticolinergice periferice:
    - tulburări de acomodare vizuală;
    - midriază;
    - uscăciunea gurii;
    - greţuri;
    - icter colestatic;
    - constipaţie;

- retenţie urinară.

- *efectele supradozării neurolepticelor:*
  - manifestări extrapiramidale;
  - midriază;
  - tahicardie;
  - hipotensiune;
  - hiporeflexie osteotendinoasă;
  - stări confuzive;
  - depresie respiratorie;
  - crize convulsive în cazurile grave.
- *prevenirea sau tratarea efectelor secundare* sau ale celor provocate de supradozaj se face cu:
  - *antiparkinsoniene:*
    - preparate anticolinergice: alcaloizi de belladonă;
    - preparate de sinteză:
      - ROMPARKIN;
      - AKINETON;
      - ORFENADRIN.
    - LEVODOPA şi agoniştii săi: AMANTADINA şi BROMOCRIPTINA.
  - *beta-blocante:*
    - PROPRANOLOL – *singurul care – spre deosebire de toate celelalte – nu diminuă eficacitatea clinică, nu favorizează apariţia de stări confuzive şi nu are potenţial toxicomanic, care trebuiesc avute mereu în vedere.*
  - prin asocieri medicamentoase care implică neuroleptice incisive şi sedative, tranchilizante, antidepresive care au şi efect anxiolitic.
- ***indicaţiile terapeutice majore*** sunt:
  - *psihozele schizofrenice şi afective;*
  - *psihozele toxice de sevraj;*
  - *stările de agitaţie psihomotorie;*
  - *tulburările nevrotice cu componente anxioase şi obsesivo-fobice;*
  - *decompensările comportamentale ale unora dintre personalităţile dizarmonice;*
  - *tulburări ale motricităţii* – coreea HUNTINGTON şi sindromul lui GILLES de la TOURETTE.
- ***interacţiunile medicamentoase*** sunt multiple:
  - astfel efectele clinice:
    - *sunt potenţate* de:
      - psihotropele sedative;

- unele antidepresive – îndeosebi de cele inhibitoare ale recaptării serotoninei;
- unele antihipertensive;
- PROPRANOLOL;
- alcool;
- substanţele opioide.

- *sunt diminuate* de:
  - antiacide;
  - anticolinergice;
  - nicotină.

↳ ***administrarea se face per os sau parenteral,*** *efectul sedativ fiind evident după o oră iar cel antipsihotic propriu-zis după 7-14 zile, dar consolidarea acţiunii dorite are loc doar după 6 săptămâni;* după acest interval doza poate fi mărită semnificativ sau se poate alege alt preparat.

↳ ***contraindicaţiile majore*** ale administrării sunt:

- terenul alergic;
- insuficienţa cardiacă sau respiratorie;
- glaucomul;
- adenomul de prostată;
- primul semestru al sarcinii.

↳ ***contraindicaţiile relative*** ale administrării sunt:

- suferinţele hepatice sau renale decompensate;
- vârsta înaintată.

↳ ***cura neuroleptică*** *reprezintă terapia prelungită cu neuroleptice:*

- *impune iniţial condiţii de spitalizare;*
- include:
  - ***faza de atac:***
    - *presupune administrarea unui neuroleptic incisiv în doză crescândă progresiv până la stabilirea dozei optime şi a toleranţei individuale;*
    - include şi asocierea unui preparat sedativ pentru diminuarea efectelor secundare, a anxietăţii şi agitaţiei psihomotorii atunci când este prezentă;
    - durează 3-7 zile şi poate să fie însoţită şi de apariţia efectelor secundare neuroleptice.
  - ***faza de platou*** – *durează tot aproximativ 7 zile* şi corespunde stabilizării efectelor dozei terapeutice utile;
  - ***faza terapeutică*** – *reprezintă perioada administrării dozei minime eficace* – cu toate efectele secundare specifice – şi are o durată cuprinsă între 1-6 luni de zile;

- ***faza de întreţinere*** *– poate dura 1-2 ani de zile sau toată viaţa* – în cazul psihozelor procesuale – şi presupune:
    - administrarea unei doze ce reprezintă 50% din cea administrată în primele 2 săptămâni;
    - asocieri medicamentoase cu preparate antidepresive, beta-blocante, benzodiazepine, litiu şi CARBAMAZEPIN, psihotone şi roborante care potenţează acţiunea utilă şi diminuă unele dintre efectele secundare;
    - evitarea activităţilor care impun coordonare motorie şi a expunerii la lumina solară.

❑ *în cazul neurolepticelor depôt:*

- *se începe de asemenea cu doze mici – jumătate din cele uzuale* în cazurile rezistente la administrarea per os;
- *se asociază de la început antiparkinsoniene,* avându-se în vedere precocitatea şi intensitatea efectelor secundare extrapiramidale sau alergice.

b. neurolepticele moderne sau atipice:

↳ au o serie de particularităţi care au făcut ca utilizarea lor să ia o amploare deosebită în ultimii ani;

↳ *acţionează atât pe simptomele pozitive cât şi pe cele negative* care însoţesc mereu evoluţiile cronicizate şi ca urmare favorizează componenta resocializantă terapeutică;

↳ *nu au decât efecte secundare nesemnificative în raport cu eficacitatea clinică, şi anume:*

❑ CLOZAPINA: posibile efecte hematologice;

❑ ZYPREXA: creştere ponderală la administrarea îndelungată;

❑ RISPERIDONĂ: posibile efecte extrapiramidale;

❑ SEROQUEL, SOLIAN, ZELDOX şi ABILIFY: efecte secundare minime.

↳ au minime interacţiuni medicamentoase care să le dezavantajeze aplicabilitatea;

↳ *se pot administra şi numai de două ori pe zi sau în doză unică cotidiană.*

B. PSIHOIZOLEPTICELE:

↳ ***au ca reprezentant de primă importanţă sărurile de litiu: carbonat, citrat, sulfat şi gluconat – cu denumiri comerciale variate:*** LITHOBID, LITHONATE, ESKALITH;

❑ *sunt cunoscute pentru efectul lor antimaniacal şi de prevenire a oscilaţiilor patologice ale dispoziţiei* încă din anii 50’, respectiv anii 60’;

❑ *farmacologic* – **ionul de litiu**:

- este absorbit complet în tubul digestiv, nu este legat de proteinele plasmatice, nu este metabolizat şi este eliminat în întregime pe cale renală;
- *acţionează prin:*

- inhibarea metabolismului noradrenergic cerebral şi în mod tranzitoriu a celui serotoninergic;
- creşterea potenţialului de repaus a membranei neuronale şi scăderea consecutivă a excitabilităţii celulei nervoase.

- diminuă de asemenea funcţiile cardiacă, tiroidiană, renală;
- induce leucopenie tranzitorie;
- *efectele secundare principale* sunt:
  - astenie;
  - somnolenţă;
  - inhibiţie ideo-afectivă şi sexuală;
  - scăderea toleranţei la alcool;
  - tremor fin al extremităţilor;
  - greţuri;
  - vărsături;
  - creştere ponderală;
  - poliurie;
  - acnee;
  - alopecie.

- *clinic:*
  - *indicaţiile de elecţie sunt episoadele maniacale şi depresive ale psihozelor afective bipolare*, fiind bine cunoscut şi *efectul de prevenire a recăderilor* în psihozele amintite;
  - este recomandat ca tratament adjuvant în:
    - schizofreniile rezistente la tratament;
    - tulburările schizoafective;
    - tulburările obsesiv-compulsive;
    - stările de agitaţie psihomotorie;
    - insomniile rebele;
    - tulburările instinctului alimentar.
  - este contraindicat în:
    - psihozele afective cu cicluri de scurtă durată;
    - boala comiţială;
    - insuficienţa cardiacă;
    - insuficienţa hepatică şi renală acută sau cronică;
    - regimurile diuretice sau desodate;
    - sarcina şi hipotiroidismul – contraindicaţii relative.

- ***preparatele de litiu:***
  - *se administrează per-oral într-un dozaj care să corespundă unei litemii cuprinsă între 0,5-1,5 mEq/l,* verificată săptămânal în prima lună, lunar în primul trimestru şi apoi la 2 luni de zile;
  - sunt în mod identic absorbite şi eliminate, la 1 mEq litiu corespunzând 6,94 mg sare de litiu;
  - doza iniţială – administrată de trei ori pe zi – corespunde la 8-12 mEq litiu = 300-450 mg litiu şi se dublează în prima săptămână, în continuare dozajul fiind stabilit în aşa fel încât litemia să nu depăşească 1 mEq/l;
  - *efectele timostabilizatoare apar după 5-14 zile de tratament, absenţa lor după 4 săptămâni confirmând ineficacitatea preparatului respectiv;*
  - *durata terapiei cu litiu este nelimitată în timp în cazul psihozelor afective bipolare;*
  - se controlează – la debut – starea sistemului cardio-vascular, ureea, creatinina plasmatică şi ionograma, care sunt verificate apoi periodic, odată la 6 luni;
  - *efectele toxice:*
    - pot apare la o litemie de 8 mEq/l:
      - greţuri;
      - vărsături;
      - diaree;
      - sindrom poliurio-polidipsic.
    - la o litemie de 10 mEq/l apar:
      - tremurăturile;
      - hipotonia musculară;
      - semne de hipotiroidie;
      - diabet zaharat;
      - convulsii epileptiforme;
      - agravarea unor afecţiuni dermatologice preexistente.
    - la 20 mEq/l se instalează coma vigilă care răspunde la întreruperea temporară a administrării litiului, la vârstnici fiind necesare precauţii speciale, datorită aritmiilor cardiace şi stărilor confuzive prelungite posibile.
- ***preparatele de acid valproic*** sunt:
  - reprezentate de: DEPAKINE şi ORFIRIL;
  - bine tolerate;
  - fără efecte secundare sau de supradozaj menţionabile.

C. PSIHOANALEPTICELE:

- ***categorie de substanţe psihotrope care au drept acţiuni principale stimularea dispoziţiei sau/şi a vigilităţii:***
- se subîmpart în două categorii:
  - *antidepresivele;*
  - *psihotonele.*

Antidepresivele – se clasifică la rândul lor în două categorii şi anume:

- ***triciclice, tetraciclice şi inhibitorii de monoaminooxidază = IMAO:***
  - *acţionează prin inhibarea recaptării noradrenalinei, serotoninei şi a activităţii MAO –* enzima care degradează catecolaminele cerebrale;
  - includ ca preparate:
    - *triciclice:*
      - ANTIDEPRIN;
      - ANAFRANIL;
      - HERPHONAL;
      - CARBAMAZEPIN;
      - AMITRIPTILIN;
      - NORTRIPTILIN;
      - TRIPTIL;
      - NOVERIL;
      - DOXEPIN.
    - *tetraciclice:*
      - LUDIOMIL;
      - MIANSERIN.
    - *IMAO:*
      - NARDIL;
      - PARNATE;
      - CLORGYLINE;
      - SELEGILINE.
  - pot fi clasificate şi în funcţie de dominanţa efectului psihostimulent, respectiv sedativ – figura 2;
  - ***farmacologic:***
    - ***sunt bine absorbite în tubul digestiv şi sunt metabolizate în întregime la nivel hepatic*** – proces inhibat de neuroleptice şi de FENOBARBITAL;

- *preparatele tri- şi tetraciclice au un efect anticolinergic central şi inhibând recaptarea monoaminelor scad pragul convulsivant;*
- IMAO nu au efect anticolinergic central şi au un efect anticomiţial moderat;
- în ansamblu aceste antidepresive potenţează acţiunea simpaticomimeticelor, anticolinergicelor, fenotiazinelor şi hormonilor tiroidieni, fiind contraindicată asocierea IMAO cu alimentele care conţin tiramină, aferent potenţării reciproce a efectului hipertensiv;
- *datorită acţiunilor antagonizante trebuie lăsat un interval liber de 7 zile între administrarea unui preparat triciclic şi a unui IMAO, respectiv de minimum 14 zile în situaţia inversă.*

Fig. 2 – Clasificarea antidepresivelor după potenţialul stimulant şi cel sedativ

- *efectele secundare pot apărea în 2/3 din cazuri şi sunt:*
  - *psihice:*
    - virajul maniacal;
    - anxietate;
    - activarea simptomelor psihotice subclinice şi a potenţialului suicidar;
    - episoade confuzive – la pacienţii vârstnici.
  - *neurologice:*
    - tremurături;
    - exagerarea ROT;
    - crize comiţiale – la triciclice şi pe un teren favorizant vascular sau lezional cerebral.
  - *somatice:*
    - *cardiovasculare* – hipotensiune arterială ortostatică – NORTRIPTILINA fiind preparatul cu cel mai puţin semnificativ efect hipotensor, crize hipertensive – la IMAO, tulburări de ritm şi de conducere;
    - *uscăciunea gurii;*
    - *greţuri;*

- *retenţie urinară* la bărbaţii vârstnici;
- *erupţii urticariene;*
- *amenoree;*
- *tulburări de ejaculare;*
- *tulburări de coagulare;*
- *efecte teratogene asupra embrionului.*

- *indicaţiile terapeutice majore:*

- episoadele depresive de diverse etiologii şi intensităţi, în cele psihotice fiind necesară asocierea unui neuroleptic;
- tulburările anxioase difuze sau paroxistice cu sau fără agorafobie;
- nevroza obsesivo-fobică;
- anorexia şi bulimia nervoasă;
- sindroamele de stres posttraumatic;
- enurezisul;
- pavorul nocturn;
- tulburările de ejaculare;
- algiile rebele;
- alcoolismul maladiv.

- *administrarea se face:*

- *ţinând seama de:*
  - prezenţa sau absenţa anxietăţii;
  - vârsta şi starea somatică a pacientului;
  - terapiile antidepresive anterioare;
  - faptul că efectul antidepresiv apare după 2-4 săptămâni de tratament;
  - *contraindicaţii – glaucomul şi retenţiile urinare pentru preparatele tri- şi tetraciclice şi vasculopatiile cerebrale pentru IMAO.*
- iniţial pe cale parenterală şi în condiţii de spitalizare – în episoadele depresive endogene – apoi se continuă per os o perioadă de timp variind între 4-6 luni de zile;
- *în depresiile uşoare şi medii precum şi în ambulator, antidepresivele se prescriu per os şi în doze care reprezintă mai puţin de 2/3 din cele intraspitaliceşti;*
- se fac asocieri frecvente şi cu hipnotice, beta-blocante, psihotone, dar şi hormoni tiroidieni, litiu sau acid valproic în depresiile rezistente – care pot beneficia şi de tratament electroconvulsivant.

- ***inhibitoare ale recaptării serotoninei:***

- *au devenit actualmente cea mai prescrisă categorie de antidepresive datorită efectelor secundare nesemnificative şi avantajelor administrării;*

- au ca reprezentanţi: FLUOXETIN – primul introdus în ordine cronologică, ZOLOFT, SEROXAT şi CITALOPRAM – care diferă în principal prin timpul de înjumătăţire şi se găsesc sub formă de comprimate sau capsule administrabile per os;
- spre deosebire de antidepresivele tri- şi tetracicilice – *se administrează cel mai adesea în doză unică cotidiană care rămâne nemodificată pe toată durata tratamentului, fiind similară celei cu eficacitate confirmată în timp;*
- nu impun posologii diferite intraspitalicesc şi în ambulator, efectele utile apărând în 4-6 săptămâni;
- au minime efecte secundare:
  - greţuri;
  - anorexie;
  - diaree;
  - tulburări de dinamică sexuală;
  - oscilaţii ponderale care dispar la întreruperea administrării.
- *au aceleaşi indicaţii terapeutice ca şi celelalte antidepresive la care se adaugă:*
  - *sindroamele disforice premenstruale;*
  - *tulburările somatoforme şi disociative;*
  - *conduitele auto- şi heteroagresive recurente;*
  - *decompensările personalităţilor patologice;*
  - *obezitatea;*
  - *schizofreniile procesuale – ca adjuvante.*
- potenţează acţiunea LEPONEXULUI, CARBAMAZEPINEI şi PROPRANOLOLULUI şi nu se asociază cu IMAO datorită posibilităţii apariţiei unui sindrom serotoninergic fatal.

Psihotonele:

- ***reprezintă cea mai diversă categorie de psihotrope care au în ansamblu un efect stimulator direct sau indirect asupra sistemului nervos central*** prin:
  - *creşterea vigilităţii;*
  - *acţiune antihipnotică;*
  - *stimularea circulaţiei cerebrale.*
- *sunt indicate* în:
  - antagonizarea efectelor depresoarelor centrale;
  - psihosindroamele organice cerebrale de diverse etiologii;
  - stările confuzive de diverse etiologii;
  - narcolepsie;
  - depresii;
  - tulburări nevrotice cu dominanţă astenică;

- nedezvoltările intelectuale şi instabilitatea psihomotorie a copiilor.

- *sunt contraindicate* în:
  - glaucom;
  - hipertensiune arterială;
  - hipertiroidism;
  - feocromocitom;
  - cardiopatia ischemică;
  - tulburările de ritm cardiac;
  - primul semestru de sarcină.
- *nu se asociază cu IMAO* sau alte stimulente centrale;
- *se clasifică* în:
  - ***preparate antihipnotice:***
    - ***analeptice simple:***
      - clasice: cafeina, picrotoxina, stricnina, camforul şi derivaţii săi – utilizate în intoxicaţiile cu barbiturice, neuroleptice şi alcool;
      - moderne: AHYPNON, KARION, HEPT-A-MYL – folosite în combaterea efectelor secundare ale neurolepticelor şi în activările electroencefalografice.
    - *psihoenergizante* – includ:
      - *aminele simpatomimetice:* BENZEDRINA – puţin utilizată astăzi şi datorită riscului crescut de dependenţă;
      - *psihotone cu acţiune simpaticomimetică redusă* – CENTEDRIN, RITALIN, LIDEPRAN, ORFENADRINA – DISIPAL – sunt mai frecvent indicate fiind mai puţin incisive;
      - *psihotonele de reglare metabolică* = nootrope – au o acţiune selectivă de creştere a rezistenţei neuronale, de facilitare a conexiunilor interemisferice şi cortico-subcorticale precum şi de favorizare a proceselor de învăţare; includ:
        - PIRACETAMUL;
        - MECLOFENOXATUL – azi puţin folosit;
        - PIRITINOLUL (ENCEPHABOL);
        - preparate vasculotrope: PAPAVERINA şi DH-ERGOTOXIN, REDERGIN.
      - *psihotonele nespecifice:* GLUTAROM, VINCAMINĂ, FOSFOBION, TANAKAN, ACIDUL FOLIC, VITAMINELE B_1, B_6, C şi LECITINA – sunt frecvent folosite datorită efectelor protectoare şi stimulatoare neuronale, fiind şi bine tolerate.

D. PSIHODISLEPTICELE:

↳ *substanţe perturbatoare ale psihismului, aparţinând categoriei drogurilor naturale sau sintetice care – pot fi utilizate:*

- în psihiatria experimentală;
- în tentative terapeutice conjuncturale şi mereu deficitar argumentate ştiinţific.

TERAPIILE BIOLOGICE SPECIALE

- *metode terapeutice care provocau disoluţia bruscă şi profundă a conştiinţei – urmată de revivarea acesteia – cu evidente efecte pozitive asupra psihismului;*
- marea lor majoritate sunt doar de interes istoric, exceptând convulsioterapia;

- ***Tratamentul electroconvulsivant sau convulsioterapia:***

↳ ***constă în producerea unor paroxisme de tip comiţial prin introducerea cutiei craniene într-un circuit electric, manifestările convulsive nefiind necesare, însă efectului terapeutic*** – fapt confirmat prin eficacitatea nemodificată a convulsioterapiei protejate;

↳ a fost introdusă de CERLETTI şi BINI în 1937 şi deşi controversată, s-a perfecţionat progresiv odată cu tehnica medicală şi prin selectarea judicioasă a indicaţiilor ei terapeutice;

↳ *dintre variantele mecanismelor de acţiune sunt de reţinut:*

- ***blocarea paroxismală a substratului momentan al psihismului – metabolismul şi conexiunile interneuronale –responsabil de manifestările psihopatologice;***
- ***reglarea calitativă a conştiinţei prin provocarea repetată a unor stări comatoase reversibile.***

↳ *aplicarea ei:*

- *se face doar în condiţii de spitalizare de către un personal competent şi numai după obţinerea consimţământului scris a pacientului sau a unui aparţinător apropiat;*
- *impune în prealabil examenul clinic şi neurologic complex al subiectului* – cu accente particulare pe aparatul dento-maxilar, cardio-circulator şi locomotor;
- *presupune:*
  - imobilizarea corectă a articulaţiilor simetrice mari ale corpului şi a celei temporo-mandibulare după ce pacientul şi-a golit sfincterele;
  - aplicarea bitemporală a doi electrozi umectaţi şi instalarea manifestărilor tonico-clonice caracteristice unei crize de Grand-mal – acestea pot fi evitate – la pacienţii cu contraindicaţii majore prin aplicarea electroşocului protejat – realizat prin administrarea prealabilă a unui preparat bronholitic, urmat de un anestezic de scurtă durată şi de un miorelaxant.

↳ *cura cuprinde 6-12 şedinţe provocate zilnic la 2 zile sau de două ori pe zi – în serii cumulate*, cu eficacitate confirmată;

- *indicaţiile actuale* sunt:
  - depresiile de intensitate psihotică;
  - tulburările psihotice acute;
  - psihozele schizofrenice – în faza de debut;
  - psihozele maniacale rezistente la tratamentul chimioterapeutic;
  - tulburări psihopatologice ale căror particularităţi clinico-evolutive sunt periculoase pentru pacient sau cei din jur: anorexia nervoasă, algii rebele, episoade psihotice pe fond comiţial sau involutiv.
- *contraindicaţiile* pot fi:
  - *absolute:*
    - sindromul de hipertensiune intracraniană;
    - anevrisme cerebrale şi aortice;
    - antecedentele vasculare cerebrale sau coronariene.
  - *relative:*
    - hiper- şi hipotensiunea arterială;
    - vârsta înaintată;
    - suferinţele pulmonare;
    - anemiile severe;
    - afecţiunile sistemului osteo-articular;
    - psihosindroamele organice cerebrale;
    - stările febrile;
    - stările de deshidratare;
    - convalescenţa unor boli infecţioase, hepatice sau renale.
- *incidentele posibile sunt reduse în raport cu brutalitatea aparentă a metodei:*
  - stări confuzive prelungite de tip oniric sau korsakovian şi tulburări mixte de memorie care cedează progresiv într-un interval de timp cuprins între 3 săptămâni şi 6 luni de zile;
  - accidente mecanice: fisuri, fracturi, luxaţii sau tasări vertebrale – rare în condiţiile aplicării corecte a metodei;
  - tulburări tranzitorii de ritm cardiac sau stări sincopale;
  - stopul cardio-respirator care impune măsuri prompte de reanimare şi oxigenoterapie, dar este extrem de rar întâlnit, riscul letal fiind mai mic decât în cazul terapiilor cu neuroleptice şi antidepresive.
- *rămâne o metodă terapeutică de primă importanţă în asistenţa psihiatrică, cu riscuri minime, în pofida mentalităţii laice dar şi medicale, care îi condamnă incisivitatea şi unele dintre efectele secundare de tip apato-abulic.*

- ***Insulinoterapia:***

- ***introdusă de SAKEL în 1927 constă în producerea unor stări de şoc hipoglicemic prin injecţii cu insulină;***

- *este utilă uneori în aplicare alternantă cu chimioterapia sau tratamentul electroconvulsivant* – în debuturile rezistente la tratament ale schizofreniilor sau tulburărilor schizoafective;
- *nu mai este aplicată astăzi* datorită:
  - unei eficienţe reduse – confirmată în timp;
  - condiţionării ei de o stare de sănătate somatică bună;
  - accidentelor convulsive sau stărilor comatoase prelungite posibile.

- ***Psihochirurgia:***
  - ***este o metodă terapeutică particulară prin caracterul ireversibil al modificărilor induse;***
  - a fost introdusă în 1936 de neurologii portughezi MONIZ şi LIMA;
  - *în timp au fost confirmate riscurile metodei care modifică doar reactivitatea sau atitudinea individului şi nu fenomenologia clinică propriu-zisă* dar produce schimbări ireversibile ale personalităţii sau/şi ale psihismului;
  - în diferitele variante perfecţionate de-a lungul anilor *rămâne o metodă utilizabilă* – în condiţiile respectării unor norme profesionale şi morale specifice – în asistarea unor suferinţe medicale sau psihiatrice rebele la orice alt tip de intervenţie şi invalidante pentru pacient, precum:
    - *psihozele depresive;*
    - *tulburările obsesiv-compulsive;*
    - *algiile rebele;*
    - *comportamentul agresiv sau criminal.*

PSIHOTERAPIILE:

- *coalizează totalitatea metodelor terapeutice care influenţează psihismul individual:*
  - *prin intermediul unor teorii sau doctrine psihologice;*
  - *pornind de la un contact – dominant verbal cu pacientul – intermediat de trăsăturile personalităţii sale;*
  - *vizând tulburări psihopatologice în determinismul cărora sunt implicate influenţele psiho-sociale negative.*

- *se adresează funcţiilor de cunoaştere, afectivităţii şi suportului volitiv al persoanei şi trebuie să ţină seama de nivelul educaţional şi cultural, dar şi de apartenenţa etnică şi religioasă;*

- în ansamblu vizează remanierea conştiinţei de sine şi a autostimei, precum şi refacerea motivaţiilor şi redirecţionarea pozitivă a conduitei;

- *se clasifică* în:
  - ***psihoterapii individuale*** – care sunt:
    - *bazate pe tehnica asociaţiilor libere*, conform cărora pacientul îşi expune – ignorând de obicei persoana psihoterapeutului – conţinuturile mnestice, experienţele existenţiale şi fanteziile imaginative;

- *indicate în tulburările nevrotice, depresiile uşoare şi medii, tulburările anxioase şi obsesive*, care nu afectează mai mult decât unul dintre rolurile existenţiale individuale: familial, profesional sau recreaţional;
- dificil de aplicat aferent contribuţiei structurii şi maturităţii psihologice a pacientului, precum şi datorită duratei prelungite în timp şi/sau costurilor ridicate.

➥ ***psihoterapiile psihodinamice:***

- *apelează la reactualizarea şi comentarea conţinuturilor inconştientului individual în cadrul unui raport "faţă în faţă" cu terapeutul;*
- vizează tulburările de adaptare, cele nevrotice şi trăsăturile patologice ale personalităţii trăite ego-distonic, într-o permanentă raportare la viaţa cotidiană a subiectului şi la viitorul imediat personal, în sensul optimizării imaginii de sine şi a rezolvării problemelor majore.

➥ ***psihoterapiile suportive:***

- *includ tehnici de consiliere, educare şi convingere a subiectului – cu participarea lui voită şi conştientă;*
- se bazează pe dorinţa de autoevaluare realistă şi de schimbare a pacientului şi vizează stimularea capacităţilor autoprotective şi adaptative individuale în defavoarea conduitelor autodezavantajante;
- sunt utile în:
  - episoadele psihopatologice declanşate reactiv;
  - depresii;
  - tulburările de adaptare.

➥ ***psihoterapiile cognitive:***

- *se adresează interpretărilor eronate ale informaţiilor provenite din mediul ambiant sau personal* – inductoare de trăiri şi convingeri patologice;
- vizează reeducarea pacientului care trebuie ajutat să recunoască caracterul patologic al interpretărilor sale şi să utilizeze stimulii primiţi după principii raţionale şi autostimulative;
- pot fi utile în:
  - depresii;
  - tulburările anxioase;
  - tulburările fobice.

➥ ***psihoterapiile comportamentale:***

- *vizează corectarea tulburărilor psihopatologice privite ca răspunsuri condiţionate la stimulii externi* – prin crearea unui alt tip de comportament, care suprimă condiţionarea iniţială;

- *includ:*
  - tehnici de structurare a unui răspuns condiţionat, incompatibil cu primul prin recompense sau crearea unei ambianţe securizante;
  - tehnici de obţinere a unui răspuns negativ faţă de răspunsul primar patologic – prin repetarea excesivă a excitantului şi apariţia unei inhibiţii condiţionate;

- tehnici de combatere a condiţionării patologice prin intermediul răspunsurilor punitive.

- sunt utile în:
  - tulburările anxioase;
  - tulburările obsesivo-fobice;
  - tulburările de dinamică sexuală;
  - tulburările nevrotice motorii;
  - toxicomanii.

- ***psihoterapiile de relaxare:***
  - vizează raporturile dintre psihism şi corporalitate aflate într-o permanentă schimbare;
  - apelează la tehnici diverse – dirijate voluntar şi conştient – care asigură reglarea funcţiilor viscerale şi autodisciplinarea somatică;
  - realizează – prin intermediul relaţiei cu terapeutul – relaxarea psihică mediată de cea corporală şi musculară.

- ***psihoterapii de grup:***
  - *se adresează în mod specific dificultăţilor relaţionale interpersonale – indiferent de tehnica folosită;*
  - se vizează cultivarea atitudinilor empatice şi a intrajutorării reciproce între 6-10 subiecţi care se întâlnesc *zilnic în perioada internării şi de două ori pe săptămână în condiţii de ambulator;*
  - trăsăturile dizarmonice de tip narcisic, obsesiv şi paranoic perturbă întotdeauna funcţionarea grupului psihoterapeutic;
  - *includ şi grupurile de "autoajutorare" ale alcoolicilor, toxicomanilor, psihoticilor defectuali* – lipsite de influenţa psihoterapeutului calificat, dar motivate de destinul comun medical şi existenţial.

- ***psihoterapiile conjugale şi de grup familial:***
  - se adresează celor mai apropiate şi potenţial implicate persoane din anturajul subiectului suferind psihic;
  - se bazează pe tehnici de consiliere şi suportive, care să:
    - faciliteze înţelegerea şi acceptarea noii situaţii şi să evite tendinţele de victimizare ale pacientului sau/şi ale familiei sau partenerului;
    - permită utilizarea perioadei de vulnerabilitate manifestă individuală pentru o autoevaluare şi o automobilizare întreţinute de raporturile pozitive cu cei apropiaţi.

- ***în ansamblu pentru aplicarea diverselor metode psihoterapeutice se impun ca măsuri constant necesare:***
  - câştigarea încrederii pacientului care nu trebuie privit doar prin prisma statutului de bolnav;
  - informarea pacientului asupra particularităţilor şi scopului relaţiei psihoterapeutice;
  - căutarea unor subiecte de interes aparent comun care să deschidă dialogul şi să confirme interesul sincer şi neostentativ faţă de problemele pacientului în ansamblu.
- *selectarea pacienţilor pentru psihoterapie se face ţinând seama de:*

- particularităţile temperamental-caracteriale, nivelul educaţional-cultural şi experienţa biografică a subiectului;
- poziţia metodei psihoterapeutice alese în raport cu celelalte componente ale programului terapeutic.

SOCIOTERAPIILE:

- ansamblu de metode terapeutice – care:
  - ***vizează reabilitarea în roluri a pacientului psihiatric şi reintegrarea sa – chiar şi parţială – în viaţa grupului social;***
  - *se adresează aptitudinilor somatice şi psihice restante ale subiectului;*
  - *acordă o importanţă majoră modalităţilor de comunicare şi de relaţionare interpersonală;*
  - *apelează la un personal calificat dar şi la membrii reţelei de suport social* a pacientului, la foşti pacienţi şi la voluntari, care completează o echipă terapeutică care mai include psihiatrul, psihologul şi juristul;
  - *sunt aplicate – în mod individual sau în grup – în unităţi specializate şi în cele aparţinând reţelei de psihiatrie comunitară* care realizează legătura treptată între spitalul psihiatric şi habitatul iniţial al subiectului şi includ – centrele de sănătate mintală şi de intervenţie în criză, centrele de zi, locuinţe şi locuri de muncă protejate;
  - asigură continuitatea programului terapeutic, fiind cele mai durabile componente ale acestuia şi datorită faptului că pot antrena şi persoane sau grupuri de populaţie cu risc crescut pentru tulburări psihopatologice;
  - cuprind – în cadrul unui program elaborat – *tehnici de kinetoterapie, ergoterapie, artterapie, meloterapie, biblioterapie, cultterapie* cu rol mobilizator, relaxant, resocializant şi de facilitare a unor posibile şi necesare noi achiziţii.